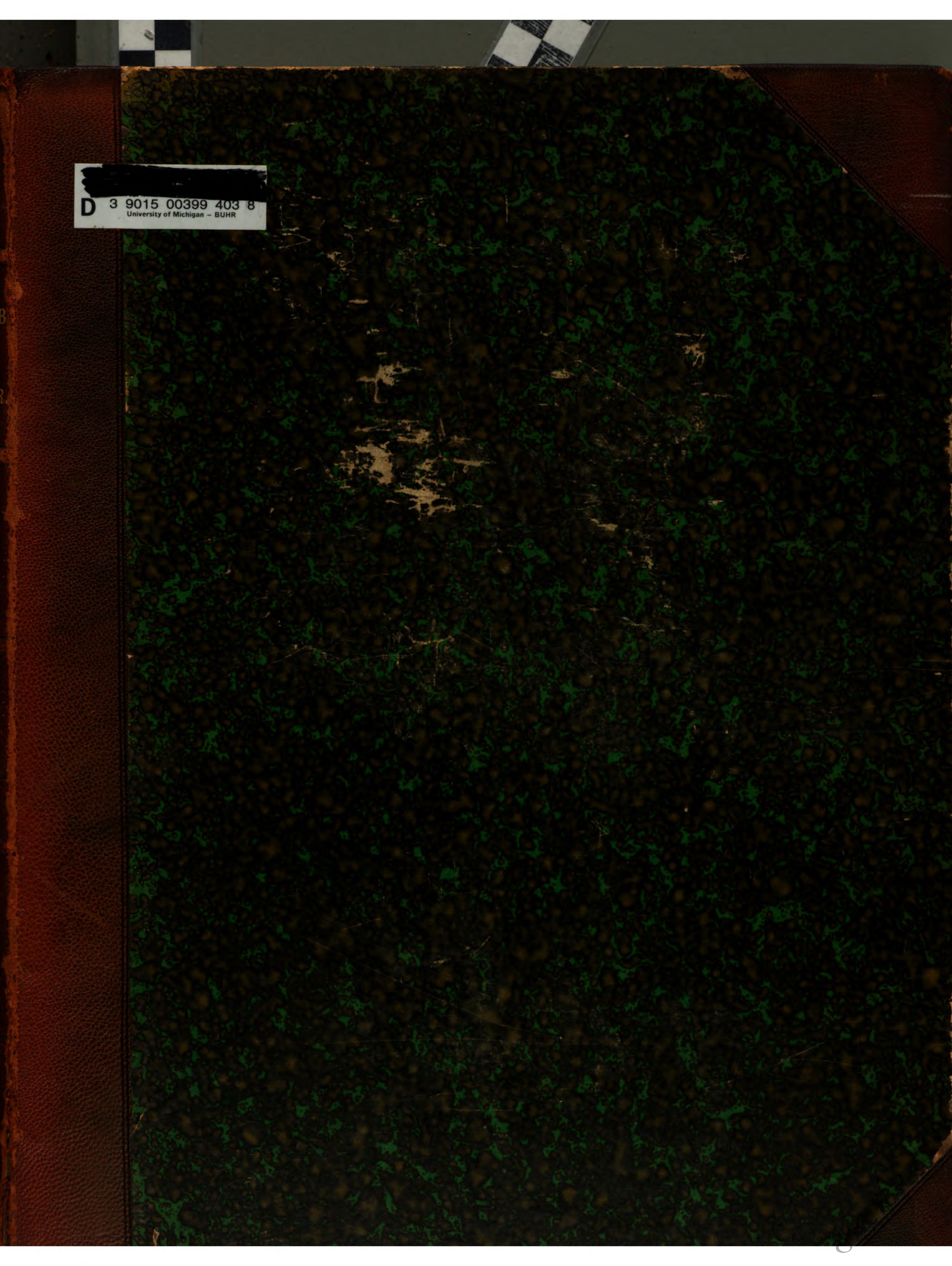
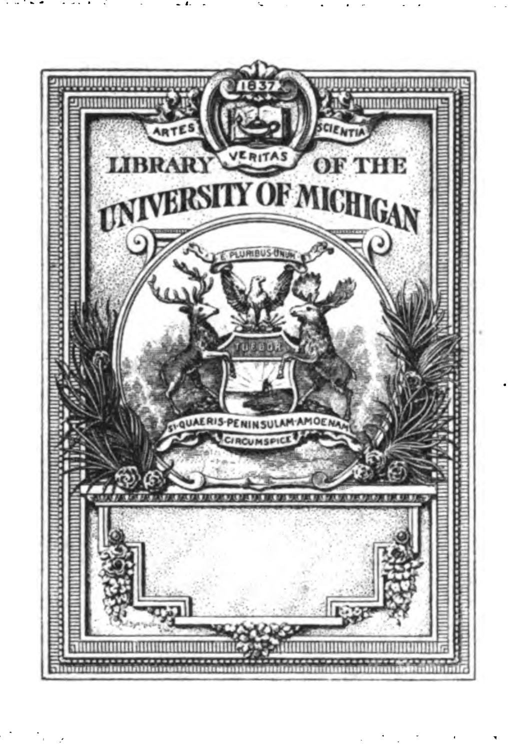

D 3 9015 00399 403 8
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXIII. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE XV. JAHRGANG).

St. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Prosp., Nr. 15.
1898.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

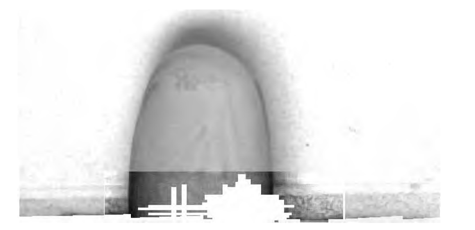
L.

M.

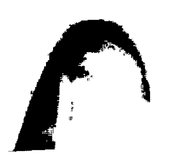
N.

R.

S.



Namen-Register.



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, 3. (15.) Januar 1898

Bericht über die Thätigkeit der „Fliegenden Ophthalmologen-Kolonne" von Dürtülli im Gouv. Ufa

(vom 3. Juni bis 14. Juli 1897).

Von

Dr. G. Ischreyt, Augenarzt in Riga.

Zu den wichtigsten Aufgaben der «Fliegenden Ophthalmologen-Kolonnen» gehören die Erforschung des angewiesenen Wirkungskreises in Betreff der Häufigkeit der dort herrschenden Augenleiden und die Feststellung ihrer Ursachen. Es ist das um so schwieriger, als schon in der Organisation der Ophthalmologen-Kolonnen Hindernisse für eine in der That befriedigende Lösung jener Aufgaben liegen. Die Kürze der Aufenthaltszeit, die Unkenntniss der meist völlig neuen Verhältnisse, die Ueberbürdung mit praktischen Hülfsleistungen sind die Ursachen dafür, dass die Theilnehmer der Kolonnen jenen an sie gestellten Anforderungen nur in sehr unvollkommener Weise nachkommen können. Nichtsdestoweniger sollten sie aber eine Bearbeitung ihres Materials nach dieser Seite nicht für überflüssig halten: wenn auch der Einzelne seine Folgerungen nur mit einem gewissen Vorbehalte wird aussprechen dürfen, bilden die Kolonnenberichte in ihrer Gesammtheit ein werthvolles Material, welches — einheitlich bearbeitet — wohl im Stande ist wichtige Aufschlüsse über die Geographie der Augenleiden und manche ethnographische Fragen zu geben.

Unserer Kolonne, bestehend aus Drd. med. G. Reinhards, stud. med. A. Moltrecht und mir, war als Aufenthaltsort das Dorf Dürtülli im Birsk'schen Kreise des Gouv. Ufa zugewiesen worden.

Der Birsk'sche Kreis ist der grösste des Gouvernements und umfasst ein Areal von rund 2235000 Dessjatinen, von denen 57,5% mit Wald, 38,3% mit Acker- und Weideland bedeckt sind*). Der Boden besteht aus einer fetten, lehmreichen Ackererde. Das Dorf Dürtülli ist am linken Ufer der Belaja am Rande einer baumlosen Steppe gelegen, die sich westlich weit über die Grenzen des Gouvernements hin ausdehnt. Das linke hohe Ufer des malerischen, hier eine Vegetationsgrenze bildenden Stromes ist mit Laubwald bedeckt; nach Osten zu erheben sich in weiterer Ferne mit Nadelholz bestandene Anhöhen. Das Klima ist von ausgesprochen continentalem Charakter mit schroffen Uebergängen: heisse trockene Tage wechseln mit kalten Nächten; heisse, kurze Sommer folgen auf harte und schneereiche Winter. Auffallend war uns die Heftigkeit plötzlich entstehender Stürme; über den weiten, kaum durch Bodenerhebungen und Bäume unterbrochenen Flächen befindet sich die Luftschicht in beständiger Bewegung. — Die Bevölkerung besteht zum grössten Theile aus Baschkiren und Russen, zum geringeren aus Tscheremissen, Wotjaken, Meschtscherjaken und Teptjaren. Die beiden letzteren Stämme, sowie die Baschkiren, gehören zu der Völkergruppe der Ugrer[1]) und bekennen sich meist zum Muhamedanismus; die heidnischen Tscheremissen und Wotjaken zählt man zu den Bulgaren[1]), beziehungsweise zu den Permiern[1]). Die Bevölkerung beschäftigt sich vorwiegend mit Ackerbau, Wiesenbau und Bienenzucht und lebt streng geschieden nach Nationalitäten in Dörfern. Die Verschiedenheit in Religion und Sitten, dazu ein stark entwickeltes Selbstbewusstsein verbunden mit einer Geringschätzung des Fremdartigen haben diese Völkerfragmente bisher in ihrer Eigenart erhalten. — Die baumlosen Baschkirendörfer gewähren einen trostlosen Anblick; die leichtgefügten, meist in hohem Grade baufälligen Häuser bieten kaum Schutz vor der Witterung. Die Strohdächer mit ihren höchst primitiven Schornsteinen bilden eine beständige Feuersgefahr, der oft genug ganze Dörfer zum Opfer fallen. Die Bevölkerung lebt in grösster Dürftigkeit: von Natur genügsam, dazu in hohem Masse arbeitsscheu, sorgt sie nicht für die Zukunft und geräth leicht in die grösste Noth. Die Russen und ihre Dörfer zeigen eine höhere Kulturstufe; einen Vergleich mit dem lettischen und estnischen Landvolke können sie indessen nicht im Entferntesten aushalten. Die Dörfer der Tscheremissen, die wir nicht aus eigener Anschauung kennen, sollen an Verwahrlosung noch diejenigen der Baschkiren übertreffen.

Die Organisation unserer Kolonne kann ich mit Stillschweigen übergehen, da sie sich mit derjenigen vieler anderer im Grossen und Ganzen deckt und die medicinischen Zeitschriften mehr als eine ausführliche Schilderung dieser Art gebracht haben.

Unsere 1348 Kranken vertheilen sich nach den Nationalitäten folgendermassen:

Baschkiren	796	oder	59,05%
Russen	384	»	28,48%
Tscheremissen	127	»	9,42%

*) Календарь и справочная книжка Уфимской губ. на 1897 годъ.

Wotjaken	26 oder	1,92%
Teptjaren	9 »	0,66%
Meschtscherjaken	5 »	0,37%
Juden	1 »	0,08%

Unter den 1348 Patienten befanden sich 741 Männer (54,97%) und 607 Weiber (45,08%). Bei den Russen überwogen die Weiber (es kamen hier auf 176 Männer 208 Weiber), bei den Baschkiren die Männer (458 Männer auf 338 Weiber), desgleichen bei den Tscheremissen (82 Männer auf 45 Weiber).

Das Ueberwiegen des männlichen Geschlechts bei den Baschkiren ist wohl auf die im Muhamedanismus begründete Scheu des Weibes vor der Untersuchung durch männliche Aerzte zurückzuführen.

Dem Stande und der Beschäftigung nach waren unsere Patienten durchweg Bauern, nur 3.56% gehörten anderen Ständen an. Infolge dieses fast gänzlichen Mangels an Städtern behält das an sich kleine Material einen einheitlichen Charakter.

Im Alter von 1 bis 20 Jahren standen 215 Individuen (15,94%), von 21—40 Jahren 512 (37,98%), von 41—60 Jahren 529 (39,24%) und von 61—80 Jahren 93 (6,82%).

An den 1348 Patienten wurden 3973 Krankenbefunde notirt und es vertheilen sich dieselben anatomisch in folgender Weise. Zum Vergleiche stelle ich die Procentzahlen der Statistik der St. Petersburger Augenhospitäler[2 u. 3]) nebenan.

1. Conjunctiva.

Conjunctivitis follicularis	10
Conj. catarrh. acuta et chron.	152
Conj. phlyktaenulosa	7
Conj. blennorrhoica adultorum	3
Conj. trachomatosa acuta, chron. et perfecta	994
Amyloid conjunctivae	1
Xerosis conjunctivae	9
Corpus alien. conjunctivae	1
Symblepharon posterius	90
Pterygium	92
	1359 oder 34,2%
	in St. Petersburg 32,5%.

2. Sclera.

Scleritis	1 oder 0,025%
	in St. Petersburg 0,3%.

3. Cornea.

Keratitis phlyktaenulosa	12
» » parenchymatosa	2
» » bullosa	2
Ulcus corneae	8
Vulnus » »	2
Xerosis » »	48
Follicul. trachom. corneae	1
Pannus trachom. » »	642
Maculae et nubeculae	60
Leucoma	202
Incrustatio corneae plumbo	10
Keratoconus	4
Staphyloma et ectasia	100
Aplanatio (Atrophia anter.)	76
Argyrosis corneae	1
Corp. alien. in cornea	2
	1172 oder 29,49%
	in St. Petersburg 20,5%.

4. Tractus uvealis.

Iritis serosa	1
Iritis perfecta	19
Prolapsus iridis	6
Iridodonesis	3
Coloboma acquisita	40
Iridodialysis traum.	4
Sarcoma iridis	1
Iridocyclitis recens et perf.	20
Chorioiditis macularis et areolaris	5
Staphyloma posticum	3
Obscurationes corp. vitr.	4
	106 ober 2,66%
	in St. Petersburg 2,3%.

5. Retina et nerv. opticus.

Neuroretinitis, Neuritis	3
Retinitis simplex, pigmentosa, albuminurica, luetica	4
Ablatio retinae	1
Embolia arteriae retinae	1
Glioma retinae	1
Hyperämia retinae	2
Atrophia nerv. opt.	17
	29 oder 0,72%
	in St. Petersburg 1,9%.

6. Lens.

Aphakia ex operatione	15
Cataracta senilis incip.	39
» » » » nondum matura	29
» » » » matura	29
» » » » hypermat.	7
» » » » Morgagniana	1
Phakoskleroma	7
Cataracta senilis calcarea	7
» » » » (wegen der hochgradigen Hornhauttrübungen nicht näher zu bestimmen)	14
Cataracta polaris	12
» » centralis	2
» » mollis	2
» » congenita totalis	2
» » traumatica recens	4
» » » » regressiva	4
» » luxata	4
» » secundaria	6
» » consecutiva (incl. glaucamatosa)	28
	212 oder 5,33%
	in St. Petersburg 4,2%.

7. Glaucoma.

Glaucoma inflammat. chron.	13
» » » » absolut.	33
» » simplex	6
» » secundarium	9
	61 oder 1,53%
	in St. Petersburg 1,3%.

8. Bulbus.

Atrophia (Phthisis) bulbi	103
Mikrophthalmos congenitus	1
Exophthalmos	2
	106 oder 2,66%
	in St. Petersburg 0,9%.

9. Refractio et accomodatio.

Myopia	6
Hypermetropia	26
Astigmatismus	9
Presbyopia	9
	50 oder 1,25%
	in St. Petersburg 20,2%.

10. Musculi et nervi.

Nystagmus	5
Strabismus muscul. divergens	3
» » » » convergens	7
Insufficientia musc. interni	6
Asthenopia muscularis	1
	22 oder 0,55%
	in St. Petersburg 2,1%.

11. Palpebrae.

Blepharitis angularis et ciliaris	99
Eczema palpebr.	4
Tumores palpebr.	4
Vulnus palpebr.	1
Chalazion	3
Hordeolum	2
Lagophthalmos	43
Blepharophimosis	102
Nictitatio essential.	1
Abscessus palp.	1
Madarosis	18
Ankyloblepharon	2
Trichiasis	453
Entropion	91
Ectropion	11
	835 oder 21,01%
	in St. Petersburg 11,0%.

12. Organa lacrymalia.

Dacryocystitis acuta	1
» » chron.	15
Stenosis canal. lacrym.	3
Hydrops sacci lacrym.	1
	20 oder 0,5%
	in St. Petersburg 2,7%.

Ein Vergleich der Procentzahlen der St. Petersburger Statistik mit den von mir gewonnenen zeigt Folgendes: Die Erkrankungen der Conjunctiva, des Tractus uvealis und das Glaucom sind hier wie dort in ziemlich gleicher Menge vertreten; die Erkrankungen der Sclera, der Retina und des Opticus, der Augenmuskeln, der Thränenorgane und besonders die Refractionsanomalien sind in St. Petersburg häufiger, die Erkrankungen der Cornea, der Linse, des Bulbus und besonders der Lider — in Dürtülli. Selbstverständlich darf aus diesen Verhältnisszahlen nicht eine relative Häufigkeit oder Seltenheit der Erkrankungen innerhalb der ganzen Bevölkerung gefolgert werden: Sie beziehen sich lediglich auf das Gesammtmaterial an Kranken und geben nur in annähernder Weise eine Vorstellung von seiner Zusammensetzung. Das grosse Uebergewicht der conjunctivalen, cornealen und palpebralen Erkrankungen, insbesondere des Trachoms mit seinen Complicationen und die relativ wie absolut kleine Zahl der intrabulbären Affectionen machte unser Material zu einem sehr einförmigen. Meist bot sich uns in unendlicher Wiederholung dasselbe Bild — der Typus des verschleppten Trachoms in seiner hoffnungslosesten Form: mit Schrumpfungen und Verwachsungen der Conjunctiva, Trichiasis und Entropion, Pannus, Ulcera und Xerosis, Iritis und Synechieen.

Das Sehvermögen hatte, entsprechend der Schwere der Complicationen, in hohem Masse gelitten und war selten ganz normal. Leider haben wir nicht die Zeit gefunden systematisch bei allen Patienten Sehschärfenbestimmungen auszuführen. Indessen bestätigt die Blindenstatistik zur Genüge das Gesagte und kennzeichnet die furchtbaren Verheerungen, die das Trachom in jenen Gegenden anrichtet.

Von seltenen Fällen seien hier folgende erwähnt.

F. N. 27 a. n. Russe. Patient bemerkte seit 2 Jahren einen dunkeln Fleck auf der Iris des rechten Auges; derselbe soll sich in der letzten Zeit zu vergrössern begonnen haben. Schmerzen sind im Auge nicht vorhanden gewesen. Die Untersuchung des kranken Auges ergab Folgendes: Die Pupille hat Eiform mit nach obenaussen gerichteter Spitze. An dieser Stelle ist die sonst blaue Iris braun pigmentirt, mit verwaschener Zeichnung, und zeigt an ihrer Oberfläche abnorme Gefässbildung. Die Veränderung ist bis an den Limbus zu verfolgen. In ihrem Bereiche ist die Iris leicht buckelartig vorgewölbt. Entsprechend der oben geschilderten Stelle ist am Pupillarrande ein von der Unterfläche der Iris ausgehender, dunkelbraun pigmentirter kleiner Wulst sichtbar, auf dem niedrige radienförmige Leistchen stehen. Bei Lichteinfall reagirt der erkrankte Theil der Iris sehr träge und wenig ausgiebig. Der Pupillarrand ist hier immerhin frei beweglich. — Die Diagnose wurde auf Primärsarcom der Iris gestellt, das sich im mittleren Theil der hinteren Fläche zu entwickeln begonnen hatte und das normale Gewebe der Iris unter deren Pupillarrand hervordrängte. — Der Patient ging weder auf eine Enucleation des völlig sehtüchtigen Auges ein noch auf eine Probeexcision zur mikroskopischen Sicherstellung der Diagnose.

A. A. 2 mens. n. Baschkire. Beiderseits in der äusseren Hälfte der Lidspalte Ankyloblepharon congenitum. Infolge eines Symblepharon totale können die Lider auch an der inneren Seite nicht auseinandergezogen werden. Durch die Lider hindurch palpirt man links einen äusserst kleinen Bulbus; rechts ist ein solcher nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Verzeichniss der Operationen und kleinen operativen Eingriffe.

Extractio cataractae senilis non complic.	36
» » mollis	3
» » traumat. tumescent	1
» » » regress.	1
Extractio cataractae secundariae	1
Discisio » congenitae	2
» » secundariae	3
Iridectomia optica	7
Tenotomia musc. interni	1
Enucleatia bulbi	2
Exstirpatio sacci lacrymalis	4
Operation bei Pterygium (nach Arlt, Desmarres und mit Transplant. von Lippenschleimhaut auf den Bulbus)	23
Operation bei Symblepharon. post.	1
Operation gegen Entropion	1
Blepharoplastik bei Lagophthalmus	1
Operation bei Trichiasis und Entropion	239
Kanthoplastik	98
Entfernung von Fremdkörpern von d. Cornea	1
Cauterisation eines ulcus corneae	1
Excision von Uebergangsfalten	3
Ausquetschen von Trachomfollikeln	95
Excision reibender Cilien	8
Eröffnung des Thränensackes	1
Schlitzen der Thränenkanälchen	6
Exstirpation von Chalazia und Atherom.	5
Epilation reibender Cilien	4
	549

Wie aus der Tabelle ersichtlich nehmen die Operationen an den Lidern und insbesondere die Trichiasisoperationen die erste Stelle ein. Bei Trichiasis wurde fast ausschliesslich die Transplantation von Lippenschleimhaut auf den Lidrand ausgeführt, wie sie von Raehlmann[4]), Sapeschko[5]) und Krüdener[6]) angegeben wurde und seit einer längeren Reihe von Jahren an der Jurjewer (Dorpater) Augenklinik geübt wird. Da wir von einer längeren medicamentösen Therapie des Trachoms absehen mussten, haben wir der Transplantation stets die Excision des pathologisch veränderten Cilienbodens vorausgeschickt, um vor Recidiven sicher zu sein. Sowohl die früher in Dorpat als auch jetzt in Dürtülli gemachten Erfahrungen haben uns zu entschiedenen Anhängern dieser Operationsmethode gemacht. Recidive sind bei richtiger Schnittführung nicht zu erwarten, die richtig präparirten Lappen heilen ausnahmslos an, der kosmetische Effect ist ein ausgezeichneter. Auch unter den örtlichen Herrn Collegen fand die Operation Anklang und wird von ihnen auch in der Zukunft ausgeführt werden; es ist das um so freudiger zu begrüssen, als in jener Gegend eine Fadenoperation Ausbreitung gefunden hat, die bei der Hartnäckigkeit und Schwere der dortigen Trachomform entschieden nicht im Stande ist einen dauernden Erfolg zu sichern und zudem die hochgradige Tendenz zur Schrumpfung der Conjunctiva und Verkürzung der Lider nur noch unterstützt. Die 43 Fälle von Lagophthalmos unserer Statistik liessen sich fast insgesammt auf diese Operation zurückführen, ebenso wie viele Fälle von Trichiasisrecidiven die Wirkungslosigkeit derselben bewiesen. — Die Patienten lernten die Transplantation gleichfalls bald schätzen; viele von ihnen, die zunächst nur die Lider des einen Auges zu operiren gestattet hatten, kehrten nach einigen Wochen mit der Bitte wieder nun auch die andere Seite dem Eingriff zu unterziehen.

Weiterhin fällt uns in der Tabelle die geringe Menge von Cataractoperationen und Iridectomien auf. Es ist das einerseits dadurch zu erklären, dass die so häufige Complication mit schweren, meist pannösen Hornhautleiden und eitrigen Conjunctivalkatarrhen eine intraoculäre Operation zur Zeit überhaupt unmöglich machte, andererseits aber in der Kreisstadt Birsk grade diese Operationen in grösserer Anzahl ausgeführt werden.

Das Verhalten der Patienten gegenüber den ihnen gemachten Operationsvorschlägen war nach den Nationalitäten ein sehr verschiedenes. Es lassen sich hieraus sehr wohl Schlüsse auf den Kulturzustand derselben ableiten und von diesem Gesichtspunkte dürfte die folgende Zusammenstellung nicht ohne Interesse sein: Auf die

vorgeschlagene Operation gingen nicht ein oder erschienen nicht zum angesetzten Operationstermin:

von 88 Russen 34 - 38,63%
von 291 Baschkiren 140 - 48, 1%
von 61 Tscheremissen 38 - 62,29%
von 19 Wotjaken 14 - 73,68%

Am schwersten liessen sich die Tscheremissen und Wotjaken zu einer Operation bewegen; befangen in ihren abergläubischen Vorstellungen wollten sie überhaupt lieber von uns besprochen als behandelt werden und zogen oft scharenweise ab, wenn wir ihrem Wunsche nicht nachkommen konnten.

Blindenstatistik**).

Unter den 1348 Patienten befanden sich 284 unheilbar Blinde oder 21,06%, eine erschreckend hohe Anzahl. Allerdings muss zugegeben werden, dass die Hoffnung auf Heilung grade eine unverhältnissmässig grosse Menge von Blinden der Kolonne zugeführt haben mag und diese Zahl daher ein allzu ungünstiges Verhältniss ausdrücken könnte. Andererseits legt aber die grosse Häufigkeit schwerer Augenleiden die Vermuthung nahe, dass jene Verhältnisszahl dennoch der Wirklichkeit recht nahe komme.

Inbetreff der Trachomblinden, die etwa die Hälfte der ganzen Summe ausmachen, kommt dann aber noch ein subjectives Moment hinzu, welches auf die Höhe jener Zahl nicht unbeträchtlich eingewirkt hat. — Allgemein wird zwischen heilbaren und unheilbaren Blinden streng unterschieden, wobei es jedoch in vielen Fällen ganz dem subjectiven Urtheil des einzelnen Beobachters überlassen bleibt, in welche Kategorie er einen gewissen Blindenfall zählen will. Wenn wie beim Trachom die Blindheit oft ganz ausschliesslich auf der Hornhauttrübung beruht und die Kürze der Zeit keine wirkungsvolle Therapie zulässt, ist es sehr schwierig sich ein richtiges Urtheil über die mögliche Aufhellbarkeit des Pannus zu verschaffen und damit dem betreffenden Blinden den richtigen Platz in der Statistik anzuweisen. Nun geschieht aber die Feststellung der Blinden, wie sie vom Curatorium angestrebt wird, in erster Linie im praktisch-nationalöconomischen Interesse des Landes und aus diesem Grunde muss meiner Ansicht nach die Frage: «Kann dem Blinden durch eine geeignete Therapie geholfen werden?» durch eine zweite ergänzt werden: «Kann und wird der Blinde sich auch dieser Therapie unterziehen?» In diesem Sinne haben wir auch diejenigen Blinden als unheilbar blind notirt, denen eine geeignete, monatelange Anstaltsbehandlung möglicher Weise soviel Sehvermögen wiedererobern würde, dass sie das allgemein angenommene Mindestmass (von V = Finger in 1/3 m.) überschritten, die aber voraussichtlich infolge ihrer Armuth und des gänzlichen Mangels an Augenspecialisten und Augenkliniken im Gouvernement nie dazu kommen werden, sich regelrecht behandeln zu lassen.

Die 284 Blinden vertheilen sich nach den Ursachen der Erblindung folgendermassen:

Congenital 1
Erworben durch idiopathische Augenleiden:
Blenorrhoea adultorum 5
» » neonatorum 2
Trachoma 122
Erkrankungen der Cornea (Ulcus) 36
» » der Uvea 15
» » der Retina und des Opticus . 12
Glaucoma 41
Erworben durch directe Verletzungen . . . 1
Durch unglückliche Operationen 2
Erworben infolge von allgemeinen Körperkrankheiten, Lues 3
Pocken 30
Masern 2
Albuminurie 1
Malaria (?) 1
Cerebrale und spinale Erkrankungen . . . 1
Unbestimmte Ursachen 9
284

Wir finden also im Trachom die häufigste Erblindungsursache, nämlich in 42,95% aller Fälle; dann folgt das Glaucom mit 14,43%, die Hornhauterkrankungen mit 12,67% und die Pocken mit 10,56%. Unter den «Erkrankungen der Cornea» befinden sich sicherlich auch Fälle von Blennorrhoe und Ulcus nach directer Verletzung: Die ungenauen Anamnesen liessen die Erblindungsursache eben nicht immer genau feststellen.

Interessante Aufschlüsse giebt uns ein Vergleich der Erblindungsursachen bei Russen, Baschkiren und Tscheremissen. Die Zahl der blinden Tscheremissen ist allerdings so gering, dass die ihnen entsprechenden Procentzahlen nur annähernd die Wirklichkeit wiedergeben dürften.

	Absol. Zahl d. Blinden	Trachom		Erkrk. der Cornea		Erkrk. der Uvea		Erkrk. des Optic.		Glaucom		Pocken	
		absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol.	%
Russen	58	9	15,51	6	10,34	3	5,17	8	13,79	10	17,24	13	22,41
Baschkir.	196	94	47,95	27	3,77	11	5,61	4	2,04	29	14,79	14	7,14
Tscherem.	21	14	66,66	3	14,28	1	4,76	—	—	2	9,52	—	..

Aus der Tabelle ersehen wir, dass das Trachom die meisten Opfer unter den Tscheremissen fordert und auch unter den Baschkiren fast die Hälfte aller Blinden stellt, während es die Russen verhältnissmässig verschont. Die Erkrankungen der Uvea sind bei allen drei Nationen in fast gleichem Masse Erblindungsursache, während es die Erkrankungen der Cornea (Ulcus) bei den Baschkiren und Tscheremissen häufiger als bei den Russen sind. Bei Letzteren überwiegen wiederum im Vergleich mit den Baschkiren das Glaucom und besonders die Erkrankungen des Opticus und die Pocken. Diese letztere Erscheinung findet ihre Erklärung in der Thatsache, dass die Baschkiren im Gegensatze zu den Russen ihre Kinder fast stets impfen lassen sollen. Dementsprechend fand sich auch unter den Pockenblinden selbst ein grösserer Procentsatz von erfolglos Geimpften bei den Baschkiren als bei den Russen. — Auffallend ist die geringe Anzahl von Luesblinden — unter sämmtlichen 284 Blinden fanden sich nur 3 Fälle —, es sei übrigens daran erinnert, dass auch unter den von uns behandelten Kranken Lues ebenfalls nur sehr selten beobachtet wurde; nach Ausspruch eines der örtlichen Herrn Collegen soll unter den Baschkiren jener Gegend Lues überhaupt selten sein und in leichter Form auftreten.

Trachomstatistik.

Die überaus grosse Häufigkeit des Trachoms unter unseren Patienten, sowie die grosse Zahl von Trachomblinden machen dieses Leiden zu den praktisch bedeutsamsten jener Gegend. Es lag darum nahe die Trachomfälle genauer zu analysiren, um möglicher Weise Anhaltspunkte zu einer Beurtheilung des Charakters und des Verlaufes dieses Leidens zu gewinnen. Zu gleicher Zeit schien es von grossem Interesse die Verhältnisse festzustellen, in welchen die beiden Geschlechter und einzelnen Volksstämme an Trachom erkranken, um daraus Hinweise auf ihre kulturelle Stellung zu gewinnen. Spielen doch anerkanntermassen grade bei dieser Krankheit äussere Lebensverhältnisse eine grosse Rolle.

In den nun folgenden Tabellen ist aus diesem Grunde die Trennung nach Geschlecht und Nationalität durchgeführt worden: leider konnten nur Russen, Baschkiren

**) G. Ischreyt. Zur Geschichte der Blindenstatistik in Russland. Centr. f. prakt. Augenheilk. 1895. November — enthält eine Zusammenstellung der Erblindungsursachen aus verschiedenen russischen Statistiken.

und Tscheremissen berücksichtigt werden, da die übrigen Nationen in zu geringer Anzahl vertreten waren.

An Trachom waren erkrankt:

von 82 Tscheremissen-Männern	71 = 86,58%	91,33%
» 45 » -Weibern	45 = 100,0%	
» 458 Baschkiren-Männern	375 = 81,87%	85,42%
» 338 » -Weibern	305 = 90,23%	
» 176 Russen-Männern	65 = 36,93%	42,96%
» 208 » -Weibern	100 = 48,07%	

Diese Tabelle zeigt, dass unter den Tscheremissen der Procentsatz an Trachomatösen am grössten ist und in der Stufenleiter die Baschkiren und zuletzt die Russen folgen. Zugleich zeigt sich bei allen drei Völkern ein starkes Uebergewicht des weiblichen über das männliche Geschlecht.

Die Schwere des Trachoms lässt sich auf zweierlei Weise feststellen, einmal durch Berechnung der relativen Häufigkeit ernster Complicationen, dann aber auch durch Fesstellung der Erblindungsziffer.

In der folgenden Tabelle sind die Trachomblinden auf die Trachomkranken bezogen.

auf 71 Tscheremissen	Männer 7 Blinde	= 9.85%	12.06%
» 45 »	Weiber 7 »	= 15.55%	
» 375 Baschkiren	Männer 40 »	= 10.66%	13.82%
» 305 »	Weiber 54 »	= 17.70%	
» 65 Russen	Männer 3 »	= 4.61%	5.45%
» 100 »	Weiber 6 »	= 6.0%	

Hieraus ist ersichtlich, dass die Erblindungsgefahr an Trachom bei Tscheremissen und Bachkiren mehr als doppelt so hoch als bei den Russen, bei den Weibern aller Nationen ausserdem grösser als bei den Männern ist. Die Tscheremissen scheinen nach der vorliegenden Tabelle einer geringeren Erblindungsgefahr ausgesetzt zu sein als die Baschkiren, was um so auffallender ist, als sie entschieden häufiger an Pannus und Trichiasis erkranken. Allerdings ist jener Unterschied kein grosser und wird sich vielleicht bei umfangreicherem Material ausgleichen.

88 Trachomblinde hatten die Zeit ihrer Erblindung verhältnissmässig genau angegeben. Danach erblindeten bis zum 20. Lebensjahre 7,97%, zwischen dem 21. und 41. 31,81%, zwischen dem 41. und 61. 51,54%, nach dem 61. 5,68%

Um nun weiter die Häufigkeit der Complicationen festzustellen, habe ich die Befunde an 1735 Trachomaugen (von 875 Individuen) zusammengestellt, wozu ich übrigens nur solche Fälle verwandte, die in genügend ausführlicher Weise auf den Krankenbögen vermerkt waren. Wenn hierbei nur Pannus und Trichiasis berücksichtigt werden, geschieht es aus dem Grunde, weil weniger bedeutsame Befunde, wie Blepharitis, Macula, Phlyktaenen etc. nicht immer notirt worden sind.

Die 1755 Trachomaugen vertheilen sich auf die drei Stadien des Leidens in der Weise, dass sich nur 151 Augen im 1. befanden, 991 im 2. und 593 im 3. Die Eintheilung in 3 Stadien fand nach den an der Jurjewer (Dorpater) Augenklinik geltenden Gesichtspunkten statt, wie sie seiner Zeit in der Inauguraldissertation von Th. Germann[7]) ausführlich dargelegt worden sind. Die Seltenheit des 1. Stadiums beruht entschieden darauf, dass die ländliche Bevölkerung jener Gegend das Trachom in seinen Anfangssymptomen noch nicht genug würdigt und ärztliche Hülfe erst dann aufsucht, wenn sich schwere Sehstörungen oder das lästige Reiben deviirter Cilien bemerkbar macht.***)

***) Recht bezeichnend für die geringen Ansprüche, die von vielen Patienten an das Wohlbefinden ihrer Augen gestellt wurden, sind die Worte eines alten Baschkiren mit Visus-Fingerzählen in nächster Nähe, der mir bei der Untersuchung seiner Augen sagte: «Mit den Augen geht es noch ganz gut, aber geben Sie mir etwas für das kranke Herz?»

Vorkommen des Pannus an trachomat. Augen aller 3 Stadien

v. 141 Aug. v. Tscherem. Männ.	waren pannös	95 = 67.37%	69.09%
» 79 » » » Weib.	» »	57 = 72.15%	
» 696 » » Baschk. Männ.	» »	407 = 58.47%	62.1%
» 497 » » » Weib.	» »	334 = 67.22%	
» 124 » » Russen Männ.	» »	51 = 41.12%	45.96%
» 198 » » » Weib.	» »	97 = 48.98%	

Vorkommen der Trichiasis an trachomat. Augen des 2. u. 3. Stadiums. (im 1. Stadium nicht beobachtet).

v. 139 Aug. v Tscherem. Männ.	m. Trichiasis	63 = 45.32%	58.24%
» 77 » » » Weib.	» »	52 = 67.53%	
» 641 » » Baschk. Männ.	» »	200 = 31.20%	40.10%
» 471 » » » Weib.	» »	246 = 52.22%	
» 98 » » Russen. Männ.	» »	22 = 22.44%	34.76%
» 158 » » » Weib.	» »	67 = 42.4%	

Diese beiden Tabellen zeigen, dass die Tscheremissen am meisten in Mitleidenschaft gezogen sind: in zweiter Reihe kommen die Baschkiren und erst in dritten die Russen. Die Weiber erkranken bei weitem häufiger als die Männer: bei der Trichiasis beträgt dieses Uebergewicht mehr als 20%****).

Wie sich Pannus und Trichiasis innerhalb der drei Stadien verhalten, zeigt die folgende Tabelle, in welcher auf eine Trennung nach Geschlechtern verzichtet wurde, um das Material nicht übermässig zu zersplittern Zum Vergleiche sind die von Dr. Germann gefundenen Zahlen herangezogen: dieselben sind aus dem vorwiegend aus Esten bestehenden Krankenmaterial der Jurjewer (Dorpater) Augenklinik berechnet.

	I. Stadium			II. Stadium					III. Stadium				
	Trachom-Augen	Pannus-Augen	Procent	Trachom-Augen	Pannus-Augen	Procent	Trichiasis-Augen	Procent	Trachom-Augen	Pannus-Augen	Procent	Trichiasis-Augen	Procent
Tscheremissen	4	2	—	136	97	71,32	67	49,26	80	53	66,25	48	60,0
Baschkiren	81	33	40,79	684	438	64,03	224	32,74	428	270	63,08	222	51,86
Russen	66	25	37,87	171	76	44,44	47	27,48	85	47	55,29	42	49,41
Dr. Germann's Statistik	126	—	33,0	127	—	74,1	—	17	217	—	47	—	44

Die Trichiasis erfährt hierdurch bei allen drei Nationen im 3. Stadium eine sehr beträchtliche Zunahme, während sie im 1. Stadium nicht beobachtet wird. Auch in Dr. Germanns Statistik zeigt sich ein gleiches Verhalten, indessen erreichen seine Procentzahlen lange

****) Auf die grössere Praedisposition des weiblichen Geschlechtes zum Trachom ist schon mehrfach hingewiesen worden. Ich erinnere hier nur an G. v. Oettingens Ausspruch (citirt von Germann, l. c.) der die Ursache dafür in dem Gebundensein des Weibes an die engen und rauchigen Stuben sieht.

nicht die Höhe der meinigen. Die Procentzahlen für Pannus steigen bei meinen russischen Patienten innerhalb der 3 Stadien stetig an, während bei Baschkiren und Tscheremissen zunächst ein Ansteigen und dann ein Abfall bemerkbar ist. Dasselbe ist auch in Germanns Tabelle der Fall.

Wenn man auch den Einfluss äusserer, in der Lebensweise und den localen Zuständen begründeter Momente auf die Verbreitung und Steigerung des trachomatösen Zustandes anerkennt, ist es sehr schwer derartige Einflüsse zu präcisiren und ihre Bedeutung gegen einander abzuwiegen.

In Bezug auf die Baschkiren will ich zwei Eigenthümlichkeiten anführen, die mir von Bedeutung zu sein scheinen. Die eine derselben betrifft die Gestaltung der Lidspalte und des Conjunctivalsackes, die uns bei diesem Volke weniger lang, beziehungsweise geräumig, erschienen sind, als es sonst bei Russen oder Esten der Fall ist. Die trachomatösen Processe führen infolge dieses Umstandes schon in frühen Stadien zu einer prallen Schwellung der Gewebe, die sich namentlich bei der Transplantation unangenehm bemerkbar machte. Leider vermag ich jene Behauptung nicht durch Zahlen zu stützen, da wir keine Lidspaltenmessungen an normalen Augen gemacht haben: solche anatomische Eigenthümlichkeiten wären aber sehr wohl im Stande durch Stauung des Sekretes und durch Behinderung der normalen Ernährungsverhältnisse auf die Entwickelung des Trachoms in hohem Grade begünstigend einzuwirken.

Für die Weiterverbreitung des Trachoms sind die häufigen rituellen Waschungen der Muhamedaner jedenfalls von Bedeutung. Dass es bei der ärmlichen Bevölkerung hierbei nicht ganz sauber herzugehn pflegt, beweistschon die häufige Verbreitung der Blennorrhoe auf diesem Wege — wie uns versichert wurde. Ein derartiger Fall kam auch in unsere Behandlung und es hatte hier offenbar das Waschwasser, welches zugestandener Massen für die verschiedensten Körpertheile benutzt worden war, die Uebertragung vermittelt.

Ueber Pterygien.

Wir waren von der Jurjewer (Dorpater) Klinik her daran gewöhnt im Pterygium wenn auch keine seltene, so jedenfalls auch keine häufige Affektion zu erblicken und auch die Statistik der St. Petersburger Augenheilanstalt für die Jahre 1888—91 führt unter 31892 Conjunctivalerkrankungen nur 183 mal Pterygium auf, d. i. 0,57%. Um so mehr überraschte uns daher der Umstand, dass wir in Dürtülli dieses Leiden täglich und oft in schwerer Form zu sehen bekamen. Unter 1359 Conjunctivalerkrankungen unserer Statistik befanden sich 92 Fälle von Pterygien, was einer Procentzahl von 6,76 entspricht.

Bei einem weiteren Eingehen auf diese Frage stellte es sich nun heraus, dass die relative Häufigkeit der Pterygien nach den Volksstämmen eine sehr verschiedene war. Bezieht man nämlich die Zahl der Pterygienmengen auf die Augen sämmtlicher Patienten so findet man, dass

auf 1592 Baschk.-Aug. 103 Augen m. Pterygium kommen = 6.47%
» 768 Russen » 14 » » » » = 1.82%
» 254 Tscherem. » 4 » » » » = 1.57%

Es muss zugegeben werden, dass die vorliegenden Angaben insofern nicht ganz correkt sind, als bei ihrer Berechnung solche Zustände, die die Bildung von Pterygien überhaupt unmöglich machen, wie Anophthalmos, Phthisis bulbi etc., unberücksichtigt geblieben sind. Die hieraus entstandenen Fehler dürften aber nur sehr gering sein.

In Bezug auf die Baschkiren zeigt sich nun weiter, dass die Häufigkeit der Pterygien bei beiden Geschlechtern eine sehr verschiedene ist, während nämlich von 916 Männer-Augen 90 mit Pterygium behaftet waren = 9.82%, war es nur bei 13 von 676 Frauen-Augen der Fall = 1.92%.

Bei der grossen Häufigkeit und Schwere des Trachoms könnte man versucht sein in dieser Erkrankung die Ursache zu suchen; diesem Erklärungsversuche widersetzt sich jedoch die Thatsache, dass die Tscheremissen viel häufiger und schwerer an Trachom leiden als die Baschkiren, ebenso die Weiber im Vergleiche mit den Männern, während sie doch, wie wir gesehen haben, von Pterygien verhältnissmässig verschont bleiben. Andererseits zeigen die folgenden Zahlenreihen, dass das Trachom nicht ganz ohne Einfluss auf die Häufigkeit des Pterygiums ist und dass dieser Einfluss wiederum bei den Baschkiren ganz besonders gross ist.

auf 1193 trachomat. Augen von Baschkiren kommen 93 mit Pterygien = 7.79%.
auf 322 trachomat. Augen von Russen kommen 7 mit Pterygien = 2.17%.
auf 220 trachomat. Augen von Tscheremissen kommen 4 mit Pterygien = 1.81%.
auf 399 nicht trachomat. Augen von Baschkiren kommen 10 mit Pterygien = 2.58 %.
auf 446 nicht trachomat. Augen von Russen kommen 7 mit Pterygien = 1.56%*).

Vergleichen wir nun weiter die trachomatösen Augen der Baschkiren mit den nicht trachomatösen innerhalb der beiden Geschlechter, so zeigt es sich, dass bei den Männern der Einfluss des Trachoms auf die Pterygiumbildung ein viel grösserer ist, als bei den Weibern: Es kommen nämlich:

auf 696 trachomat. Augen von Baschkiren-Männern 80 mit Pterygien = 11.49%.
auf 220 nicht trachomat. Augen von Baschkiren-Männern 10 mit Pterygium = 4.54%.
auf 497 trachomat. Augen von Baschkiren-Weibern 13 mit Pterygium = 2.61%.
auf 179 nicht trachomat. Augen von Baschkiren-Weibern 0 mit Pterygium = 0%**).

Nach dem Vorhergehenden hat es also den Anschein als ob das Trachom unter gewissen Verhältnissen die Entstehung von Pterygien begünstige. Welcher Art einerseits jene Verhältnisse und andererseits dieser Einfluss sind, lässt sich freilich nicht mit Sicherheit angeben. Der Umstand, dass die Pterygiumbildung in so auffallender Weise grade die männlichen Baschkiren heimsucht, drängt wohl zu der Vermuthung, dass es sich hierbei um ganz besondere Lebens- und Berufseigenthümlichkeiten handeln mag. Wer sich dessen erinnert, dass das Pterygium verum durch Hinüberwachsen der Pinguecula auf die Hornhaut entsteht und dass äussere Reize hierbei eine Rolle spielen, wird es nicht für gewagt halten, wenn ich hier die Vermuthung äussere, dass die Steppe mit ihrer bewegten Luft und ihrem Staube ein ursächliches Moment abgeben könnte. Grade die männlichen Baschkiren, deren Nomadengeist nur widerwillig die aufgezwungene Fessel der Sesshaftigkeit trägt, sind diesen Einflüssen in besonders hohem Masse ausgesetzt, während religiöse Satzung ihre Weiber in besonderem Masse an das Haus fesselt. Auf der Grundlage jener Einflüsse könnte aber das Trachom durch Vermehrung des Reizes sehr wohl auf die Pterygiumbildung fördernd einwirken. Sehr auffallend ist es indessen, dass die Russen und Tscheremissen in so geringem Masse an Pterygium leiden, trotzdem sie anscheinend denselben äusseren Einflüssen wie die Baschkiren ausgesetzt sind. Eine Erklärung hierfür ist erst von weiteren Untersuchungen der localen Lebensbedingungen und der einzelnen Pterygiumfälle zu erwarten; es wäre ferner zu wünschen, dass diejenigen Kolonnenchefs, die in benachbarten und ähnliche Verhältnisse aufweisenden Gebieten thätig gewesen

*) Die auf die Tscheremissen bezüglichen Zahlen sind zu klein um hier verwandt werden zu können.

**) Germann fand unter 676 trachomkranken Augen (aller drei Stadien) nur 2 Augen mit Pterygium = 0,42%.

sind, ihre Erfahrungen inbetreff dieser Angelegenheit mittheilen möchten.

Der vorliegende Kolonnenbericht hat den Zweck gehabt den ophthalmologischen Zustand eines Theiles des Gouvernements Ufa in groben Umrissen zu zeichnen. Die von uns gesammelten statistischen Zahlenreihen illustriren den entsetzlichen Nothstand, der in sanitärer Hinsicht in jenen Gegenden herrscht: die Höhe der Blindenziffer, die Schwere gewisser Augenleiden, der völlige Mangel an Augenhospitälern weit und breit, fordern eine rasche und energische Hülfe. In vieler Hinsicht werden sich den mit derselben betrauten Augenärzten fast unüberwindliche Hindernisse entgegenstellen, begründet vor allem in der verhältnissmässig niedrigen culturellen Entwickelung der Bevölkerung, in ihrer unhygienischen Lebensweise. Andererseits erwartet sie aber ein in ophthalmologischer Hinsicht fast völlig unbeackertes Wirkungsfeld, voller interessanter Probleme, wie sie in der Mannigfaltigkeit der Volksstämme und in der Vielseitigkeit der äusseren Verhältnisse bedingt sind. Wir haben nur Weniges davon andeuten können, z. B. die verschiedene Heftigkeit, mit der das Trachom bei den einzelnen Stämmen auftritt, die grosse Verschiedenheit der Erblindungsursachen bei Russen und Baschkiren, die eigenthümliche Praedisposition der männlichen Baschkiren zum Pterygium, die Abhängigkeit mancher Krankheiten von der Kulturstufe bei den einzelnen Volksstämmen.

Von Seiten der Bevölkerung ist im Allgemeinen Entgegenkommen und Zutrauen zur ärztlichen Hülfe zu erwarten. Wir haben in den Baschkiren ausgezeichnete Patienten gehabt, folgsam im Erfüllen der ärztlichen Verordnungen, geduldig im Ertragen von Schmerzen. Das in ihrer Natur begründete Phlegma und der ihnen zur Natur gewordene Fatalismus lassen sie lange Operationen und lästige Behandlungen vorzüglich ertragen.

Zum Schlusse sage ich meinen beiden Begleitern Drd. med. G. Reinhards und stud. med. A. Moltrecht für ihre thatkräftige Unterstützung während unseres Aufenthaltes in Dürtülli meinen Dank, sowie Herrn Landschaftshauptmann (Земскій Начальникъ) S. K. Nasarjew und den örtlichen Herrn Collegen, vor allem Herrn Dr. M. K. Podjatschew, für das Interesse, dass sie unserer Thätigkeit entgegengebracht haben.

Litteratur.

1. Friedrich von Hellwald. Naturgeschichte des Menschen. Stuttgart.

2 und 3. Mittheilungen aus der St. Petersburger Augen-Heilanstalt. Heft III. (Statistik der Ambulanz für das Jahr 1888, zusammengestellt v. Dr. E. Blessig) Heft IV. (Zahlenbericht der Ambulanz für 1889—1891 zusammengest. von den Dr. Dr. E. Blessig, Th. Germann, N. Gagarin.

4. E. Raehlmann. Therapeutische Erfahrungen über Lidkantenoperation sowie über Haut- und Schleimhauttransplantation am Auge. Deutsche med. Wochenschr. 1891 № 1.

5. Санѣмко in seiner Inaugural-Dissertation. Kiew.

6. H. Baron Krüdener. Ueber meine augenärztliche Thätigkeit in der Stadt Krasnyj. etc. (St. Petersb. med. Wochenschr. № 23, 1895).

7. Theodor Germann. Statistisch klinische Untersuchungen über das Trachom. Diss. Dorpat 1883.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Julius Schwalbe: Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnostik. 2. Aufl. Stuttgart. Verl. von Ferd. Enke. 1897.

Uns liegt die erste Lieferung der zweiten Auflage dieses kurzgefassten Handbuches vor, in welcher speciell die Krankheiten des Nervensystems behandelt werden. Der oberste Vorzug des Buches, welches in 172 allerdings eng gedruckten Seiten die gesammte Neuropathologie mit Ausnahme der Geisteskrankheiten umfasst, besteht in der grossen Klarheit und Präcision der Darstellung. Es ist kein Wort zu wenig, aber auch kein Wort zu viel gesagt und dadurch ist es dem Verfasser gelungen auf dem beschränkten Raum Alles zu geben, was der Studirende und namentlich der practische Arzt nöthig hat. Wer sich in der Diagnose eines speciellen Krankheitsfalles rasch orientiren will, findet in dem Buche Alles Nöthige. Wer das Buch als Lehrbuch benutzen will, muss freilich in der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie des Nervensystems gut orientirt sein, denn die in diese Zweige unserer Wissenschaft gehörigen Dinge werden zwar überall und vollständig aufgezählt aber nur kurz beschrieben.

Dass das Buch den neuesten Errungenschaften der Forschung durchweg Rechnung trägt, ist selbstverständlich. Ich möchte das Buch daher namentlich allen denjenigen empfehlen, die sich über den gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft orientiren wollen und doch nicht die Zeit haben sich in ausführlichen Specialarbeiten umzuthun.

D—o.

Prof. Dr. A. Eulenburg und Prof. Dr. Samuel. Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Wien und Leipzig. 1897. Urban und Schwarzenberg. Lieferung 5—7.

Das Hauptinteresse in diesen beiden Lieferungen wird unzweifelhaft durch die prächtige Darstellung des Kapitels «die Krankenpflege» von der bewährten Feder des Dr. Martin Mendelsohn geliefert. Jeder praktische Arzt, der zu Beginn seiner ärztlichen Thätigkeit es wohl erfahren hat, wie lückenhaft seine Kenntnisse auf diesem wichtigen Gebiete sind, wird mit voller Befriedigung den geistreichen Ausführungen des Verfassers folgen. In der 7. Lieferung findet sich der Anfang des von Professor Rosenheim abgefassten Kapitels «die allgemeine Diätotherapie», auf den wir uns noch vorbehalten zurückzukommen.

Abelmann.

Prof. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie: VII Band II Theil. Die Akromegalie von Dr. Maximilian Sternberg Wien 1897. Alfred Hölder.

In der vorliegenden Abhandlung giebt Verfasser, der sich seit Jahren mit diesem Thema in eingehender Weise befasst hat, eine vollständige und erschöpfende Darstellung dieser höchst interessanten Krankheit, die im Jahre 1886 von Pierre Marie zuerst beschrieben worden ist. Die eifrigen Nachforschungen des Verf. haben ergeben, dass schon in der älteren Literatur Beschreibungen von Krankheitsbildern zu finden seien, die dem Symptomencomplex der Akromegalie entsprechen, ja Sternberg findet schon im Portrait eines Riesen, welcher dem Hofstaate des Kurfürsten Pfalzgraf Friedrich II angehörte und im Jahre 1553 gemalt wurde, ein typisches Beispiel der Akromegalie. Nicht ohne Interesse ist es ferner, dass der französisch-italienische Typus des Hanswurstes, der bucklige «Polichinelle», sowie der «Punch» der Engländer dem Typus der Akromegalie entspricht. Der Bearbeitung der pathologischen Anatomie liegen 47 Fälle zu Grunde. In eingehender Weise schildert Verfasser die Knochenveränderungen, wobei er als besonders charakteristisch die Vertiefung der Gefässfurchen, die Erweiterung der Gefässlöcher und die Verstärkung der Muskel- und Bänderansätze erklärt. Die Knochenveränderungen gehen theils vom Periost, theils von der Markhöhle aus; auch die inneren Organe zeigen häufig eine Vergrösserung — Splanchnomegalie. Constant ist die Veränderung der Hypophysis. Der 4. reich illustrirte Abschnitt enthält eine eingehende Beschreibung der Symptomatologie, der nächste — erörtert die Dauer, den Verlauf und die Prognose der Erkrankung, welche in 3 Formen eingetheilt wird: die benigne, die chronische und die acute, maligne Form. Ein vollständiges Literaturverzeignss beschliesst diese lehrreiche Abhandlung.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

628. Sitzung am 28. October 1897.
(Schluss).

Discussion.

Herr Tiling legt energischen Protest ein gegen das von Herrn Horn ausgesprochene Verdammungsurtheil über sämmtliche bisher in der Klumpfusstherapie gebräuchlichen blutigen Operationen. Es wäre die Perhorrescirung der blutigen Verfahren nur dann berechtigt, wenn der Nachweis geliefert

würde, dass diese Verfahren das Fussskelett schwerer schädigen als das forcirte Lorenz'sche Redressement. Der von H. Horn vorgestellte 17-jährige junge Mann weist jedoch an seinen nach Lorenz redressirten Füssen Verhältnisse auf, die dieser Voraussetzung keineswegs entsprechen. Eine Untersuchung beider Füsse ergiebt, dass da doch ganz bedeutende Verschiebungen in der Lage der einzelnen Knochen zu einander stattgefunden haben, die nur nach ausgedehnten Bänderzerreissungen und Quetschungen einzelner Fusswurzelknochen zu Stande gekommen sein können. Nicht nur liegen jetzt pedes valgi der ärgsten Form vor, sondern an der Sohlenfläche, nahe dem inneren Fussrande, springen Knochentheile, die normaler Weise nicht hingehören, so stark vor, dass man sich fragen müsse, ob nicht arge Functionsstörungen beim Auftreten mit diesen gewaltsam redressirten Füssen erfolgen könnten, Functionsstörungen die möglicherweise sogar eine nachträgliche operative Entfernung dieser an der Sohle prominirenden Knochentheile erfordern werden?

Von einem glänzenden Resultate des von H. Horn als schonender Eingriff hingestellten Lorenz'schen Verfahrens kann in dem demonstrirten Falle somit garnicht die Rede sein. Bei Beurtheilung dieses Resultates müsse noch obendrein im Auge behalten werden, dass der demonstrirte Fall keineswegs zu den schwersten Formen der klumpfüssigen Verbildung zu rechnen war, denn das die Verhältnisse vor dem Redressement illustrirende Gypsmodell zeigt einen Klumpfuss mittleren Grades, und ferner ist auch das Alter des Patienten (17 Jahre) noch ein solches, wo auf eine gewisse Nachgiebigkeit des in seinem Wachsthum noch nicht abgeschlossenen Fussskelettes zu rechnen ist. — Wenn nun das «modellirende Redressement» bei Klumpfüssen mittleren Grades bereits so starke Schädigungen der Knochentheile setzt, was ist da von den Folgen dieses Verfahrens an hochgradigen Klumpfüssen Erwachsener erst zu erwarten? Jedenfalls sind dann operative Eingriffe in der Weise einer Keilexcision oder Talusexstirpation jedenfalls nicht als schwerere zu bezeichnen, um von der Phelps'schen Operation, die das Knochengerüst vollständig unverletzt lässt, schon gar nicht zu reden.

Die Schwierigkeiten, von denen Dr. Horn bei Ausführung der Tenotomie sprach, lässt Herr Tiling auch nicht gelten. Sollten sich mal irgend welche Zweifel an dem Gelingen einer subcutan ausgeführten Sehnendurchschneidung einstellen, so ist man durch nichts behindert sie durch Vornahme der Tenotomie à ciel ouvert zu umgehen. In den verschiedenen Methoden der Sehnenplastik hat man ausserdem ein Mittel in der Hand um selbst bei hochgradigster Verkürzung der Achillessehne an Erwachsenen eine beliebige Verlängerung derselben zu erzielen.

Herr Horn: erwartet bei seinem Patienten in der Zukunft gar keine Functionsbehinderung der redressirten Füsse zu sehen, da die Probe auf ihre Leistungsfähigkeit bereits gemacht ist; der Patient hat bereits im Sommer anstrengende, stundenlange Spaziergänge gemacht, ohne Schmerzen oder Schwielen an den Sohlen sich geholt zu haben: er hat auch, was noch mehr in's Gewicht fällt, gelegentlich eines Volksfestes über zwei Stunden unbeweglich im Publikum stehen müssen, ohne irgend welche Belästigungen an den Füssen empfunden zu haben.

Herr Schmitz schliesst sich dem Proteste Prof. Tiling's gegen Horn's Interdict der blutig-operativen Verfahren bei hochgradigem Klumpfusse voll an. Auch hält er nicht für richtig, Lorenz als Vater einer Methode hinzustellen, die in ihren wesentlichen Zügen längst bekannt und allgemein geübt war. Schmitz hat die Behandlung der Klumpfüsse kleiner Kinder nach diesen Principien bereits 1869 von Wahl ausführen sehen und seit jener Zeit selbst beständig geübt, allerdings nur manuell, — das Verdienst der Maschinenbehandlung vermittelst des Osteoclasten will er Lorenz keineswegs kürzen. Bezüglich der Ausführung des Redressements dürfte es aber doch ziemlich gleichgültig sein, ob man die Abduction des Vorderfusses über einer Tischkante, wie das bisher geschehen, oder über der Kante eines Keiles ausübt. Auch die Zerlegung des Klumpfusses in seine einzelnen Componenten war schon längst vor Lorenz's Publication bekannt, und auch früher schon nahm die Behandlung dieselben jede einzeln für sich in Angriff.

Im Gegensatz zu Herrn Horn tritt Schmitz sehr warm für möglichst frühzeitige Vornahme des Klumpfuss-Redressements an Säuglingen ein. Gerade im ersten Lebensjahr wächst der kindliche Fuss am raschesten, desshalb ist gerade diese Zeit auszunützen, damit er auch in die richtige Richtung hineinwachse, und es ist anzustreben, dass das Kind seinen ersten Schritt auch mit voller Sohle mache. Zur Erreichung eines solchen Resultats können intelligente und durch den Arzt gut instruirte Eltern durch täglich mehrmals wiederholte redressirende Manipulationen sehr viel beitragen.

Die von H. Horn hervorgehobene Schwierigkeit der Tenotomie der Achillessehne kann H. Schmitz nicht bestätigen, und ebenso gelingt die Anlegung eines gut sitzenden Gipsverbandes auf das kleine Säuglingsfüsschen recht gut, sobald man jegliche Wattepolsterung fortlässt und die Binde direct auf das gut eingefettete und dorsalflectirte Füsschen applicirt.

Schliesslich kann auch H. Schmitz, gleich wie Prof. Tiling, in dem ersten vorgestellten Fall keineswegs eine Illustration der von H. Horn so betonten «Schonung des Fussskeletts» sehen, eher das Gegentheil und wäre es gewiss sehr interessant ein skiaskopisches Bild dieses Fusses daraufhin prüfen zu können. Es scheint ihm ein recht erhebliches dérangement interne vorzuliegen. (Autoreferat).

Herr Horn: Die Tenotomie ist leicht ausführbar an den Füssen grösserer Kinder u. an Erwachsenen, bei Kindern in den ersten Lebensmonaten dagegen, namentlich bei bedeutendem Fettpolster ist die Operation doch ab und zu schwierig. Uebrigens ist die Tenotomie der Achillessehne nur der vorbereitende Act zu einer anderen Manipulation, nämlich zu der Herabholung des hochstehenden Fersenhöckers, und gerade die Schwierigkeiten die diese Manipulation bieten kann, hatte Redner im Auge. Mit der forcirten Dorsalflexion des Vorderfusses ist die Beseitigung der Equinusstellung noch nicht gelungen: es müsse hiezu unbedingt der Fersenhöcker herabgezogen werden, denn nur dann werden der Calcaneus und mit ihm der Talus aus der Equinusstellung heraus in die normale Lage übergeführt. Die Ausführung dieses Manoeuvres ist aber an den Füsschen sehr kleiner Kinder nicht leicht, denn der winzige Fersenhöcker verbirgt sich oft in der bedeutenden Faltensammlung der Hackengegend und bietet den zugreifenden Fingern sehr wenig Fläche.

Herr Heuking wendet sich auch gegen die von Dr. Horn aufgestellte Behauptung, dass das maschinelle Redressement veralteter Klumpfüsse nach Lorenz ein schonenderes Verfahren sein soll, als blutige Eingriffe. Neben einer Anzahl von Phelps'schen Operationen welche Redner an Kindern ausgeführt hat, hat er auch an 2 Erwachsenen — bei einem Mädchen von 23 Jahren und bei einem jungen Manne von 21 Jahren — beiderseitige Klumpfüsse mittelst Phelps'scher Operation geheilt. Das Resultat war an allen 4 Füssen in functioneller Beziehung ein sehr zufriedenstellendes — und Lädirungen des Knochengerüstes waren natürlich bei diesem Operationsverfahren ausgeschlossen, so dass die Phelps'sche Operation keineswegs als schwerer Eingriff dem Lorenz'schen Redressement gegenüber gestellt werden kann. — Uebrigens spricht schon die Anwendung des Osteoklasten zum Redressement veralteter Klumpfüsse an Erwachsenen an sich schon dafür, dass die Geraderichtung solcher Klumpfüsse nur mit Aufbietung grossen Kraftaufwandes möglich ist; hieraus ergiebt sich schon ganz von selbst, dass es ohne bedeutende Gewalteinwirkung, ohne schwere Bänderzerreissungen und gelegentliche Zerdrückung von Knochen hierbei nicht ablaufen kann. Von einer besonderen Schonung des Fussskelettes kann also beim Lorenz'schen Redressement garnicht die Rede sein. Allerdings versichert uns aber Lorenz auch, dass das functionelle Resultat trotz der schweren Verletzungen ein sehr gutes zu werden pflegt. — Redner hält es auch nicht für richtig, Lorenz als den Begründer der rationellen Klumpfussbehandlung hinzustellen, denn Alles was Lorenz sowohl über die Theorie des Klumpfusses wie auch über seine Behandlung uns mitgetheilt hat, war bereits vor ihm bekannt, und wurde auch den sogenannten 4 Componenten des Klumpfusses bei dem Redressement früher Rechnung getragen. Immerhin hat Lorenz in die Klumpfussbehandlung mehr Methode hineingebracht als es vor ihm geschah. Darin liegt ohne jeden Zweifel ein grosses Verdienst. Speciell müsse man ihm dafür danken, dass er aufmerksam gemacht hat auf die Bedeutung, welche der Beseitigung jedes elastischen oder federnden Widerstandes innerhalb des Fussskelettes zukommt. Erst seitdem Redner die redressirenden Bewegungen nach Lorenz Vorschrift so lange fortsetzt, bis der Fuss vollständig weich und schlaff wird und mühelos in jeder beliebigen Stellung eingegipst werden kann, erst seit jener Zeit ist es ihm gelungen, mit Sicherheit Schmerzen und Decubitus an den eingegipsten Füssen zu vermeiden und Recidiven vorzubeugen. — Dieses Moment müsste aber, gerade im Gegensatze zu Dr. Horn's Rath, dazu auffordern die Füsse der Säuglinge möglichst früh in Behandlung zu nehmen, denn wenn das Anlegen und Liegenlassen des Gypsverbandes dem kindlichen Fusse keine Nachtheile bringt, so müsse man durchaus dafür sorgen, dass es bei seinem ersten Gehversuche möglichst mit voller Sohle auftrete.

Die von Dr. Horn erwähnten Schwierigkeiten bei der Ausführung der Tenotomie können sich nur auf kleine Unbequemlichkeiten beziehen, die bei sehr feisten Füsschen und bei starker Vorlagerung der Achillessehne zum inneren Knöchel hin, bei sehr beträchtlicher Supination des Fusses, vorkommen können; doch sind diese kleinen Unbequemlichkeiten zu unbedeutend, um als technische Schwierigkeiten bezeichnet zu werden.

Herr Anders hat den Operationen von Lorenz in Wien wiederholt beigewohnt. In keinem Falle sind sie

indifferente Eingriffe und bilden sie der Schwere nach keinen Gegensatz zu einer blutigen Operation am Fusse. Das Lorenz'sche Redressement ist wohl im Stande, die Varusstellung zu überwinden, schliesst aber bei älteren Patienten viele Zerreissungen, topographische Verschiebungen der Fusswurzelknochen zu einander und auch Eindrückungen derselben in sich, — und ist von Hämatomen und Blutsugillationen begleitet. — In diesem Sinne ist eine Phelps'sche Operation, bei der das Skelett des Fusses vollständig geschont und jeder Theil desselben nicht weiter als nothwendig verschoben wird, ein wesentlich schonenderes Verfahren. — Die Tenotomie der Achillessehne bietet auch bei wohlgenährten Kindern weder im späteren noch im ersten Lebensjahre die geringsten Schwierigkeiten. Es kann wohl überhaupt ein Zweifel nicht bestehen, ob die Sehne wirklich durchschnitten, da die Durchtrennung derselben ein charakteristisches Gefühl und Geräusch verursacht, das sich von den Fingerspitzen bis an's Gehörorgan fortsetzt. Der widerstandslose Ausgleich der Equinusstellung würde allein im Stande sein, jeden Zweifel zu benehmen. Herr A. hat auch vielfach bei grösseren Individuen die Sehnenplastik geübt, welche über die Schwierigkeit einer Diastase der Sehnenstümpfe vollkommen hinweghelfe.

Im Gegensatz zum Vortragenden spricht sich Herr A. warm für die Behandlung des pes varus im Verlaufe des ersten Jahres aus. Ohne Schwierigkeiten gelingt bei kleinen Kindern und besonders ohne jede Zerreissung und unerwünschte Umlagerung, der Ausgleich des Klumpfusses. Ein so behandeltes Kind macht seinen ersten Schritt im Leben bereits als Sohlentreter. Bei diesen Kindern hat man in den Endresultaten der Klumpfussbehandlung die normalsten Fussmodelle. In einem Falle, der ausserhalb Petersburgs wohnte, genügte im Laufe eines Jahres ein monatlicher Wechsel des Gypsverbandes, um die hochgradigen Klumpfüsse vollständig auszugleichen. Die correkte Anlegung eines gut coaptirten und fixirenden Gypsverbandes im ersten Jahre habe sich jeder Arzt, dem das in Rede stehende Material zur Behandlung vorliegt, durchaus zu eigen zu machen, und biete die kunstgerechte Application desselben nie Schwierigkeiten. — Herr A. versieht die planta pedis vorher mit einer Wahl'schen Papp-Heftpflastersohle und lässt dann den Gypsverband folgen. Immer gelinge es dann, correkt die Ferse herabzuholen, der Gypsverband falle aber keineswegs klobig aus, sondern gebe vollkommen die Form und Stellung des Fusses wieder. Durch die Wahl'sche Sohle werde zugleich jede Verschiebung des Fusses innerhalb des Verbandes vermieden.

(Autoreferat.)

629. Sitzung am 11. November 1897.

Vorsitzender; Herr Moritz. Secretär: Herr Henking;

1. Herr Dobbert hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Laparotomie bei entzündlichen und eitrigen Adnexerkrankungen. Vort. macht in Kürze auf die Häufigkeit der entzündlichen Adnexerkrankungen und die mannigfaltigen zur Heilung dieses Leidens in Vorschlag gebrachten Operationsmethoden aufmerksam. Die Operationsresultate, welche mit jeder dieser Methoden erzielt worden sind, sind so ausgezeichnete, dass daraus schon zu ersehen ist, dass jede dieser Operationsmethoden ihre Berechtigung hat. Falsch ist es daher sich principiell für einen Anhänger nur einer dieser Methoden zu erklären. Welches Verfahren in dem einzelnen Fall zur Anwendung zu gelangen hat, hängt vielfach von den persönlichen Erfahrungen und der technischen Fertigkeit des Operateurs ab, maassgebend muss für denselben immer das Princip sein; streng individualisiren und so conservativ wie möglich operiren. Von diesen Principien geleitet, operirt Vortr. nicht nur von der Vagina, sondern auch von den Bauchdecken aus. In den Jahren 1895 und 1897 wurden in 20 Fällen bei eitrigen und entzündlichen Affectionen der Adnexe nach Eröffnung der Bauchhöhle folgende Operationen ausgeführt;

Salpingoectomia unilateralis 1 Mal.
Salpingoectomia duplex 1 Mal.
Salpingo Oophorectomia unilateralis 6 Mal.
Salpingoectomia duplex et Oophorectomia unilataralis 5 Mal.
Salpingo-Oophorectomia duplex 6 Mal.
Ovariotomia 1 Mal.

Ausserdem wurde 1 Mal der proc. vermiformis resicirt und 5 Mal der Uterus secundär ventrifixirt. In 6 Fällen machten Einrisse der Darmserosa die Anlegung von Darmnähten nothwendig.

Ein Todesfall ist nach diesen Operationen nicht zu verzeichnen gewesen. Complicationen im Verlaufe nach dem operativen Eingriff wurden nur in 2 Fällen beobachtet, in welchen sich einige Tage nach der Operation Darmfisteln bildeten, welche jedoch ohne weitere Kunsthilfe heilten. Temperatursteigerungen nach der Operation über 38° wurden in 5 Fällen beobachtet. 9 Fälle hatten vollständig normale Temperatur; in den übrigen Fällen traten ein- oder mehrmalige geringe Temperatursteigerungen auf. Die Patienten wurden alle geheilt entlassen. Einige von ihnen haben sich mehrfach wieder vorgestellt, sie sahen blühend und gesund aus. Eine Patientin bei welcher eine einseitige Entfernung der erkrankten Adnexe mit nachfolgender Ventrifixation des Uterus vorgenommen worden war, hatte die letzten 4 Jahre vor der Operation nicht mehr geboren. Bald nach der Entlassung aus dem Hospital wurde sie geschwängert und befindet sich jetzt im 7. Monat einer normalen Schwangerschaft. Eine von den Operirten musste leider wieder in's Hospital aufgenommen werden. Sie klagte über mässige Schmerzen in der den nicht entfernten Adnexen entsprechenden Seite des Unterleibes und über verschiedene Beschwerden nervösen Ursprunges.

Die kurze Zeit welche bei den meisten Patienten seit der Operation verlaufen ist, verbietet es von Dauerresultaten zu sprechen. Die Resultate bald nach der Operation sind nach den Erfahrungen D.'s bei der Coeliotomie jedenfalls nicht schlechtere, als bei den vaginalen Methoden.

(Autoreferat).

2. Herr Lingen: «Zur pathologischen Anatomie der Tube» Der Vortrag wird in dieser Wochenschrift gedruckt werden

---

Vermischtes.

— Der bisherige Redacteur der «Illustrirten Monatsschrift für ärztliche Polytechnik», Dr. med. G. Beck in Bern, giebt eine neue Zeitschrift «Rundschau der medicinisch-chirurgischen Technik» (Verlag von K. J. Wyss in Bern) heraus, die 4 mal jährlich (am 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November) erscheinen soll.

— Zu Neujahr sind nachstehende Auszeichnungen an Aerzte Allerhöchst verliehen worden.

Befördert: Zum wirklichen Geheimrath — der Ober-Militär-Medicinalinspector, Ehren-Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes, Dr. Adolf Remmert. Zu wirklichen Staatsräthen — der Professor der Anatomie an der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. Aug. Rauber und der Professor der therapeut. Hospitalklinik in Kasan, Dr. N. Kotowschtschikow.

Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Prof. der allg. Therapie an der Kasanschen Univers., wirkl. Staatsrath Dr. Boldyrew. Der Wladimir-Orden III. Classe — den Professoren der Universität Kasan, wirkl. Staatsräthen Dr. Gay (Syphilidolog) und Dr. Wyssozki (Chirurg). Der Wladimir-Orden IV. Classe — dem Prof. der Pharmacie an der Universität Tomsk, Staatsrath Eduart Lehmann; dem ält. Ordinator des hiesigen Elisabeth-Kinderhospitals, Staatsrath Dr. Ernst Anders: dem älteren Arzt des St Petersburger Findelhauses, Staatsrath Dr. Paul Cruse. Der St. Annen-Orden II. Classe — dem Prof. der Therapie an der Univers. Jurjew (Dorpat), Staatsrath Dr. St. Wassiljew; dem ausserord. Prof. der Pharmacie in Moskau, Staatsrath Dr. Wl. Tichomirow; dem Director der Golizyn'schen Schule der Kaiserl. weiblichen Patriotischen Gesellschaft, Staatsrath Dr. Arthur Wagner — dem ält. Ordinator des hiesigen Elisabeth-Kinderhospitals, Staatsrath Dr. Nikolai Lunin.

— Dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths, Prof. emer. Geheimrath Dr. B. Tarnowski, ist der bucharische Orden des Goldenen Sterns I. Classe verliehen worden.

— Der stellvertretende Vicedirector des Medicinal-Departements, Staatsrath Dr. Malinowski, ist in dem von ihm bekleideten Amte bestätigt worden.

— Die Prämie des weiland Professors der medico-chirurgischen Academie Peter Sagorski, welche alle 4 Jahre von der militär-medicinischen Academie für die besten anatomischen Arbeiten zuerkannt wird, ist diesmal unter drei Bewerber getheilt vergeben worden, und zwar folgendermassen: 1600 Rbl. dem Prof. der Petersburger Universität A. S. Dogel für seine «Histologische Untersuchungen» und je 1000 Rbl. dem Privatdocenten der militär medicinischen Academie, Dr. J. Schawlowski, für sein Werk: «Neue Methode der Conservirung von Gehirnpräparaten im trockenen Zustande», sowie dem Privatdocenten der Moskauer Universität Dr. N. Melnikow-Raswedenkow für sein Werk: «Neue Methode der Herstellung anatomischer Präparate».

— Zum Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung des Odessaer Stadthospitals ist jetzt definitiv der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. Bronislaw Tomaszewski gewählt worden.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Arzte hat ihren langjährigen verdienten Cassirer Dr. Valerian Pokrowski anlässlich des 25-jährigen Jubiläums seiner ärztlichen Thätigkeit zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

— Der Prof. der therapeutischen Hospitalklinik in Kasan, Dr. Nikolai Kotowschtschikow, beging vor Kurzem das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit, bei welcher Gelegenheit ihm von seinen Collegen ein prachtvolles Album mit ihren Photographien dargebracht wurde.

— Im December vorigen Jahres veranstaltete die russische medicinische Gesellschaft bei der Warschauer Universität am 10. Jahrestage ihres Bestehens eine Festsitzung, in welcher nach Verlesung des Rechenschaftsberichts dem Prof. M. D. Tschaussow, der seit der Gründung der Gesellschaft als Präsident derselben fungirt, eine Dankadresse von den Mitgliedern der Gesellschaft überreicht wurde.

— Das von uns bereits avisirte Festmahl, welches zu Ehren Prof. Rudolf Virchow's anlässlich seines 50-jährigen Docentenjubiläums, sowie des 50-jährigen Bestehens seines „Archivs" auf Anregung eines Ausschusses, mit den Prof. v. Bergmann und Munk an der Spitze, veranstaltet wurde, fand am 29. December im Kaiserhof in Berlin statt. Das Festmahl, an welchem ca. 400 Mediciner und Anthropologen Theil nahmen, wurde von Prof. v. Bergmann mit einer Rede über die Bedeutung des Virchow'schen Archivs, dessen Begründung er als eine nationale That bezeichnete, eröffnet, worauf Prof. Waldeyer das Wort ergriff, um Virchow als wissenschaftlichen Forscher zu feiern; die heutige wissenschaftliche Medicin sei Virchow's Werk; wer medicinisch-wissenschaftlich denken wolle, müsse im Geiste der Virchow'schen Lehre denken. Nachdem nun noch Prof. Liebreich den Jubilar als Förderer der physiologischen und pathologischen Chemie gefeiert, antwortete Letzterer mit einer längeren Rede, in welcher er hervorhob, dass er nie von der Absicht ausgegangen sei, etwas zu schaffen, worauf er stolz sein dürfte. Es kam ihm immer nur darauf an, Objectives zu leisten. Aber darauf sei er stolz, dass er in seiner wissenschaftlichen Arbeit eine grosse Gefolgschaft fand.

— Die Pariser Academie der Wissenschaften hat bei der diesjährigen Preisvertheilung den Prix La Caze in Betrage von 10,000 Frcs. dem Entdecker der X-Strahlen Prof. Dr. Röntgen in Würzburg zuerkannt.

— Am 28. December a. pr. beging der berühmte Irrenarzt, Prof. Dr. Ludwig Meyer in Göttingen, seinen 70. Geburstag. Sein Ruhm gründet sich, abgesehen von der grossen Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten, namentlich darauf, dass er in Deutschland die moderne Behandlung der Irren durchgeführt hat. Als ihm 1858 die Reorganisation der Irrenabtheilung des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg, welche damals im Kellergeschoss (!) der Anstalt untergebracht war, übertragen wurde, begann er die Durchführung des No-restraint damit, dass er eines Tages das gesammte Material der Zwangsjacken versteigern liess und auch die strenge Abgeschlossenheit des Publicums von den Geisteskranken beseitigte.

— Vier Privatdocenten der Berliner medicinischen Facultät sind neuerdings mit dem Professortitel ausgezeichnet worden, und zwar: Dr. Benno Baginski, bekannt durch seine Forschungen auf dem Gebiet der Otologie und Laryngologie; der Otologe Dr. L. Jacobson, Verfasser eines Lehrbuchs der Ohrenheilkunde; der Hygieniker Dr. Carl Günther, bekannt durch sein treffliches Handbuch der Bacteriologie, sowie der Stabsarzt Dr. Heinr. Bonhoff, welcher auch die Stellung eines Mitgliedes des Instituts für Serumprüfung und Serumforschung bekleidet.

— Verstorben: 1) Am 23. December 1897 in Moskau der bekannte Kliniker Geheimrath Dr. Gregor Sacharjin, Professor emer. der Moskauer Universität im Alter von 68 Jahren an Gehirnapoplexie. Der Verstorbene bezog im J. 1847 die Moskauer Universität, welche er 1852 mit der Würde eines Doctoranden absolvirte, worauf er mehrere Jahre als Assistent an der dortigen therapeutischen Klinik fungirte. Nachdem er 2 Jahre später auf Grund seiner Dissertation die Doctorwürde in Moskau erlangt, wurde er 1858 behufs weiterer Vervollkommnung in's Ausland abcommandirt, wo er am längsten in Berlin bei Traube, Virchow und Hoppe-Seyler arbeitete und sich die Methoden der deutschen medicinischen Forschung zu eigen machte. Im Berliner pathologischen Institut entstand auch eine seiner frühesten wissenschaftlichen Arbeiten. Die Mehrzahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten von denen er einen Theil auch in Virchow's Archiv und im Archiv für klinische Medicin veröffentlichte, fällt in die erste Zeit seiner wissenschaftlichen Thätigkeit. Aus späterer Zeit ist uns wenig Bemerkenswerthes aus seiner Feder bekannt. Bald nach seiner Rückkehr in die Heimath erfolgte 1862 seine Ernennung zum ordentlichen Professor der Therapie und Director der medicinischen Klinik in Moskau, welche Stellung er bis 1896 inne hatte, wo er in Folge von Zwistigkeiten mit den Studenten seine Vorlesungen einstellte. Durch eine ausgearbeitete Praxis in den wohlhabenden, Classen hat der Verstorbene es zu einem enormen Vermögen gebracht. 2) In Moskau Dr. Joh. Schmidt am Kehlkopfkrebs nach einer Operation, welche von Professor Kocher aus Bern ausgeführt wurde. Von Hause aus wohlhabend, hat der Hingeschiedene, nachdem er in Moskau die Doctorwürde erlangt hatte, sich mehr der Bewirthschaftung seines Gutes gewidmet. Er war in letzter Zeit Kreisadelsmarschall von Schuja (Gouv. Wladimir). 3) In St. Petersburg der Specialist für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten Dr. E. O. Draispul, welcher seit 1880 die ärztliche Praxis ausübte. 4) Am 7. Januar (26 Dec. a. St.) starb 61 Jahr alt in Brighton Mr. Ernest Hart, der Herausgeber und Chefredacteur des British medical Journal, welches unter seiner vieljährigen Leitung das führende Blatt für die ärztlichen Interessen des Britischen Weltreichs geworden ist. Seit 1883 war Mr. Hart diabetisch, — hielt sich jedoch bis zum letzten Sommer arbeitsfähig und war rastlos thätig; ein kleines ulcus am Fuss wurde im Herbst gangränös und im September ward die Femur-Amputation gemacht. Obgleich er sich anfangs zu erholen schien, erfolgte der Tod an Herzschwäche und bei ungetrübtem Bewusstsein.

— Reiche Aerzte. Nur selten haben wir während unserer vieljährigen Mitarbeiterschaft an dieser Wochenschrift Gelegenheit gehabt, über grossen Reichthum zu berichten, zu welchem es Aerzte durch ihre medicinische Praxis gebracht hatten. Vielmehr mussten wir zu oft in den Nekrologen, namentlich russischer Aerzte den betrübenden Zusatz machen „ist mittellos verstorben" oder „hat seine Familie ohne jegliche Existenzmittel zurückgelassen" u. dgl. mehr. Heute dagegen bietet sich uns eine erfreuliche Gelegenheit dar, nachstehend gleichzeitig über drei Fälle Mittheilung machen zu können, in denen Aerzte durch ihre ausgearbeitete Praxis ein ungewöhnlich grosses Vermögen sich erworben haben: Prof. Sacharjin's Nachlass beziffert sich, wie aus Moskau gemeldet wird, ausser drei grossen werthvollen Häusern in Moskau und einem Landgut auf ca. 3 Millionen Rubel. Der kürzlich verstorbene Leibchirurg der Königin Victoria, Sir William Markinnon, hat nach Londoner Berichten, den grössten Theil seines Vermögens (ca. 25,000 Pfd. Sterling = 235,000 Rbl. nach dem gegenwärtigen Course) für wissenschaftliche Zwecke vermacht. 20,000 Pfd. (= 188,000 Rbl.) entfallen auf die Universität Edinburg zur Stiftung von Stipendien für Anatomie und Geologie. Den Rest erhält die Royal Society zur Unterstützung der Naturwissenschaften und der Pathologie. — Dr. Evans, der bekannte Hofzahnarzt Napoleon III., hat 25 Millionen Frcs. hinterlassen. Leider lassen die Anordnungen, welche er in seinem am 7. Januar a. cur. geöffneten Testament getroffen hat, auf Grössenwahn schliessen. Er hinterlässt nämlich seine Millionen seiner Vaterstadt Philadelphia unter der Bedingung ein Evans-Museum zu errichten, in welchem seine sämmtlichen Orden, sowie seine Kleider in Schränken ausgestellt werden sollen und ihm auf einem öffentlichen Platze Philadelphias ein Denkmal zu setzen, das nicht unter einer und nicht über zwei Millionen kosten soll.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Dec. d. J. 7930 (356 wen. als in d. Vorw.), darunter 706 Typhus — (13 mehr), 808 Syphilis — (66 wen.), 203 Scharlach — (12 wen.), 222 Diphtherie — (49 wen.), 48 Masern — (2 wen.), und 49 Pockenkranke — (14 mehr als in der Verw.).

Am 3. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 8081 (151 mehr als in der Vorwoche), darunter 759 Typhus — (53 mehr), 798 Syphilis — (10 wen.), 202 Scharlach — (1 wen.), 205 Diphtherie — (19 wen.), 48 Masern (0 wen.) und 58 Pockenkrank (9 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. Dehember 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
371	310	681	159	46	101	14	11	19	56	70	68	54	48	26	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 15, Scharlach 9, Diphtherie 31, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 7, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 86, Todtgeborene 25.

Für die Woche vom 28. Dec. bis 3. Jan. 1897.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
393	308	701	142	56	101	22	15	19	57	83	62	46	55	27	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 7, Masern 13, Scharlach 8, Diphtherie 46, Croup 3, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 5, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 76, Todtgeborene 38.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. Januar 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Januar 1898.
Tagesordnung: Professor Petersen: Ueber Behandlung des Favus.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.



Temperenz-Sanatorium vornehmen Ranges für Nerven-, **Alkohol-** und Morphium-Kranke.

Dirig. Arzt: **Dr. Smith.**

Ichthyol.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versenden gratis und franco die alleinigen Fabrikanten

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg.

TANNALBIN ist ein nach dem Verfahren von Prof. Gottlieb, Heidelberg dargestelltes Tanninalbuminat, 50% Gerbsäure enthaltend.

Vergleiche:

„Ueber die Wirkung des Tannalbin bei Darmkrankheiten der Kinder"

von N. P. GUNDOBIN, Privatdocent an der K. Russ. Militär-Akademie (Djetskaja Medizina 1897, Nr. 1).

Siehe auch die Veröffentlichungen über Tannalbin von:

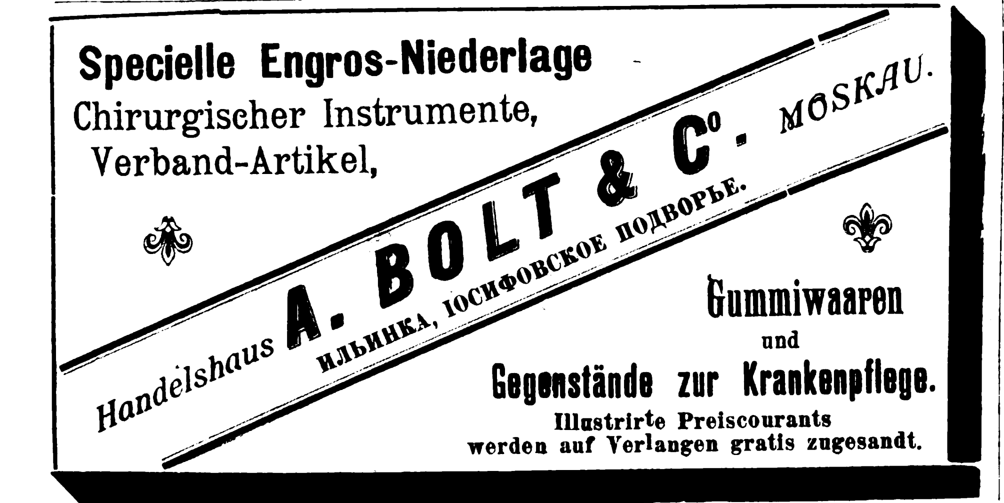
Prof. O. Vierordt, Heidelberg Primärarzt v. Engel, Brünn K. Holzapfel, Strassburg Kinderarzt Rey, Aachen	Deutsche Medicin. Wochenschrift 1896, Nr. 11, 25, 50, 1897, Nr. 3.

ICHTHALBIN **Ichthyol-Albuminat.** Geschmack- u. geruchloses Ichthyol-Präparat.

Siehe Ber. Dr. A. Sack (Deutsche Medicin. Wochenschrift 1897, № 23), sowie «Wratsch» 1897, № 39, pag. 1134.

Sonderabdrücke auf Wunsch zu Diensten durch die Herren: Becker & Grube, St. Petersburg, Curt Larrass, Moskau

Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.



Книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій просп., 14.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

всѣхъ вѣдомствъ

на **1898**-й годъ (XXX-й годъ изданія)

подъ ред. проф. **В. К. Анрепа** и д-ра **П. Н. Булатова.**

Цѣна за три части съ карандашомъ: въ коленкор. переплетѣ 2 рубля, въ кожаномъ 2 р. 30 к. Пересылка 30 коп.

Продается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für** die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau **Amalie Schulze,** Фонтанка № 137, кв. 119.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4, кв. 11.

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg,
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Brouardel, Gilbert et Girode, Руководство частной патологіи и терапіи. Томъ II-й: Микробныя болѣзни (окончаніе). Перев. съ франц. 1898. Rbl. 5.00.

Зографъ, Н., Курсъ зоологіи для студентовъ-естественниковъ, медиковъ и сельскихъ хозяевъ. Вып. I. Съ 224 рис. 1898, 1 р. 75 к.

Оршанскій, И., Измѣреніе психическ. явленій. 1897, Rbl. 0.60.

Дозв. ценз. Спб. 12 Января 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, 10. (22.) Januar **1898**

Die Expectoration bei allein erhaltener Zwerchfellathmung.

Von

Drd. med. G. Reusner, Lemsal-Livland.

Wie lästig für den Kranken und wie störend für den Gasaustausch eine Bronchitis bei einer Querschnittsmyelitis — sei es durch Druck, sei es durch andere Umstände — im Hals- oder im oberen Abschnitt des Brustmarks ist, weiss jeder, der eine solche zu behandeln Gelegenheit hatte. Das beständige Hüsteln ohne den gewünschten Erfolg lässt den Kranken immer wieder fragen: wie könnte ich vom Schleim befreit werden? — Die Inspiration durch Brusthebung, wie es bei den Gymnasten heisst, oder durch andere mechanische Methoden häufig zu unterstützen, scheint nicht gut anwendbar, da es die Kranken auf die Dauer sehr ermüdet und bei der bestehenden Rückenlage nicht gut möglich ist. Ein häufiges Aufheben des Kranken in eine sitzende Stellung, um ausgiebigere Inspirationsgymnastik zu machen, ist auch sehr angreifend und braucht viele Hände. Als länger fortgesetzte Methode würde sie nicht Anhänger finden. Wesentlich scheint mir nur zu sein eine Entlastung des Zwerchfells von der Bauchhöhle her durch möglichste Entfernung der Gase und regelmässige Entleerungen. Mir hat in dieser Hinsicht oft eine vorsichtige Massage — besonders des Dickdarms — genützt, da ich auf diese Weise reichlichen Gasabgang erzielen konnte. — Ich komme zur Exspiration.

Da der Thorax starr, die Bauchwand schlaff ist, besteht der Exspirationsstoss im Wesentlichen blos im elastischen Zug der Lunge und in dem geringen und nicht sehr raschen Hinaufschnellen der Zwerchfellkuppe durch die von einer schlaffen Bauchwand gedrückten Eingeweide. — Wie die Erfahrung lehrt, ist die Kraft zu gering, um nur einen annähernd genügenden Hustenstoss zu erzielen. Zweck dieser Zeilen ist es nun einen Handgriff mitzutheilen, den man ohne grosse Mühe dem Pflegepersonal anzeigen kann und der nach meiner Erfahrung vom Kranken nicht als besonders unangenehm empfunden wird.

Mir ist es mit Hülfe dieses Handgriffs gelungen den Hustenstoss so weit zu verstärken, dass der Kranke im Verlauf einiger Minuten die Trachea und die grossen Bronchien vom Schleim befreien konnte, so dass er auf Stunden hinaus eine wesentliche Erleichterung hatte und sehr viel seltener hüsteln musste. — Sehr viel mehr als dieses leistet der Handgriff nicht und wird zur Beförderung des Schleimes aus den feineren Bronchien — so bald es nöthig wird — eine gut ausgeführte künstliche Thorax-Athmung in Sitzstellung des Kranken erforderlich sein. — Der Zweck dieses Handgriffs ist der, einerseits die Bauchpresse nach Möglichkeit zu ersetzen, andrerseits aber auch das Hinaufschnellen des Zwerchfells zu verstärken.

Um ersterer Indication zu genügen müsste man in der Inspirationspause einen ausgiebigen Druck auf die Bauchwand ausüben — ein Verfahren, das wenig hilft, weil es nicht gelingt stets einen genügend starken Druck zu finden und stets den richtigen Moment abzufassen; zudem stört ungemein das beständige Auslösen von Reflexen.— Den Druck auch während der Inspiration anzuwenden behindert aber sehr die Inspiration und liefert auch nichts Brauchbares. Bei langer Anwendung erzielt man allerdings ein besseres Aushusten, doch greift es den Kranken sehr an und ist das Resultat in keinem guten Verhältniss zur angewandten Mühe.

Mein Verfahren sucht nun die Behinderung der Inspiration, die Reflexe und die lange Dauer der Manipulation zu vermindern und das Hinaufschnellen der Zwerchfellkuppe wesentlich zu verstärken. Es besteht in Folgendem:

Nach Entleerung der Blase drücke ich, wenn ich rechts vom Kranken mit dem Gesicht zum Kopfende stehe, entweder mit dem medianen Rand oder den neben einander gestellten Fingerspitzen der rechten Hand (mass-

gebend ist die Grösse des kleinen Beckens) mit langsam zunehmendem kräftigem Druck in das kleine Becken. Ich erziele dadurch eine mehr oder weniger ausgiebige Spannung der Bauchwand. Dann setze ich die linke Hand flach auf das Hypogastrium und zwar so, dass der stark abducirte Daumen zur spin. oss. ilei ant. sup. rechts und der 3. Finger zur spin. oss. ilei ant. sup. links hinsieht und drücke fest an, so dass ich die Pulsation der Aorta abdominalis fühlen kann. Der mediane Rand der linken Hand liegt dabei nicht sehr fest auf, so dass sich die Handfläche in mässig schräger Ebene befindet. Diese Stellung behalten die Hände bei, bis sich der Kranke ausgehustet hat. Das Bild wird nun folgendes. Bei der Inspiration wölbt sich das Epigastrium mächtig vor und spannt die Bauchwand daselbst straff an, was durch die verkürzte Bauchwand und die nach oben gedrängten Eingeweide bedingt wird. Beim Erschlaffen des Zwerchfells wird dasselbe nun kräftig nach oben geschnellt und es erfolgt ein energischer Exspirationsstoss. Ich drücke dann noch im Moment, wo ich die beginnende Erschlaffung der Bauchwand fühle, energisch mit dem medianen Rand der linken Hand auf die Bauchwand und verstärke so den Effect.

Diese Methode erfüllt ihren Zweck vollständig, wo man nicht durch Senkungsabscesse od. dgl. verhindert ist und muss nur kunstgerecht ausgeführt werden. Die Kunst besteht darin sich den Mechanismus klar zu machen und der besteht in einer für die gegebene Zeit zu erzielenden Anspannung (Verkürzung) der Bauchwand und einem Drängen der Eingeweide nach oben ohne die Zwerchfellathmung im Wesentlichen zu hindern. Steht man zur linken Seite des Kranken, so wechselt man natürlich die Hände. Schon ein zweimaliges Anwenden des Verfahrens am Tage wird sehr dankbar empfunden.

Der kritische Schweiss bei der croupösen Pneumonie in seinem Verhalten zur Diurese.

Von

Drd. med. G. Reusner-Lemsal.

Dass Schweisse mehr oder weniger für die Diurese vicariiren können, ist genugsam bekannt. -- Wie verhält es sich aber im umgekehrten Sinne? — Jedenfalls ist die Schweissbildung mehr oder weniger abhängig vom Wasserreichthum der Gewebe. (Landois). Das Thema, das ich in diesen Zeilen behandeln will, ist die Frage, ob sich der kritische Schweiss bei der croupösen Pneumonie vermindern resp. vermeiden lässt. Da jeder grosse Schweissausbruch mehr oder weniger angreift — speciell eine grössere Anforderung an die Circulationsorgane und nicht zum mindesten an das Herz stellt — so wäre mit dem Vermeiden des Schweisses bei der Pneumonie der Herzkraft gedient. Ich habe oft die Beobachtung gemacht, dass Pneumoniker während der Krise und zuweilen 1—2 Tage nach der Krise an Herzlähmung sterben und sann darauf in schweren Fällen die Gefahr des kritischen Schweisses nach Möglichkeit zu beseitigen. — Ich versuchte es, indem ich dem Körper Wasser entzog und zwar durch Anregung der Diurese. — (Diabetiker schwitzen schwer). Eine Ableitung auf den Darm wagte ich nicht, da mich die Erfahrung gelehrt hat, dass jede Diarrhoe bei Pneumonie die Prognose verschlechtert. — Die Anregung der Diurese halte ich nicht für sehr angreifend und ich glaube auch nicht, dass diese Ansicht Gegner haben wird.

Ohne in's Weite zu schweifen möchte ich noch auf das Ursächliche des kritischen Schweisses eingehen. — Es wären da in der Hauptsache 4 Fragen zu beantworten.

1) Ist der Schweiss das heilende Moment? — in diesem Falle müsste künstliche Transpiration helfen. Trotz der vielgepriesenen Pilocarpinmethode möchte ich in verneinendem Sinne antworten. Ich habe beim Gebrauch von Pilocarpin nicht viel mehr als Prostration erreicht und habe es aufgegeben. Nur in den ersten 30 Stunden gebe ich es, da es mir dann oft genützt hat und ich glaube dass es nur im Stadium der Anschoppung hilft — und auch das nicht stets.

2) Eliminirt der Körper durch den Schweiss die Toxine? — Zum Theil glaube ich es wohl, doch kann dieses wohl auch durch die Diurese erreicht werden.

3) Ist der Schweiss das Mittel durch welches sich der Körper auf eine niedrige Temperatur einstellt, wie z. B. bei Malaria, nachdem die Krankheitserreger abgestorben sind resp. sich die Antitoxine ausgebildet haben? Es ist wahrscheinlich, doch wäre in diesem Falle der Schweiss zur Heilung nicht nöthig.

4) Ist der Schweiss die Folge einer zu grossen Flüssigkeitsmenge im Gefässsystem, hervorgerufen durch Resorption der verflüssigten Exsudate? In diesem Falle wäre der Schweiss auch nicht für die Heilung nöthig.

Das theoretische Calcül lässt mich keinen Grund finden, der den Schweissausbruch als nothwendig erscheinen liesse und in Folge dessen habe ich den Versuch gemacht den Schweiss durch eine angeregte Diurese zu compensiren.

Ich habe nur ein Mittel versucht und zwar das Coffeinum natro-salycil. mit Campher oder Digitalis, obwohl zuzugeben ist, dass vielleicht ein anderes Mittel den Zweck vollständiger erfüllen könnte. — In allen Fällen lässt sich der Schweiss gewiss nicht ganz vermeiden, in vielen Fällen aber bis zur Unwesentlichkeit herabsetzen. In Nachfolgendem will ich einige Krankheitsgeschichten mittheilen.

Fall. I.

Anfang Juni 1894 wurde ich zur E. S. 19 a. n., abgeholt und fand dieselbe in schwerem Collaps. Sie war seit 4 Tagen an einer Pneumonie (linker Unterlappen) krank und in den letzten 10 Stunden sehr viel schlechter geworden. Der objective Befund war in Kurzem folgender: Hände und Füsse kühl und von violetter Farbe, die Stirn etwas feucht, die Augen halbgeschlossen, der Mund offen, Lippen, Zunge und weicher Gaumen trocken. Angestrengtes Arbeiten der Auxiliarmuskeln bei der sehr beschleunigten Athmung, so dass der Thorax nicht in eine genügende Exspirationsstellung kommt. Lautes Rasseln in der Trachea, Temperatur 39,8 und ein kleiner sehr schneller Puls (130—140 pr. Minute) vervollständigen das Bild. Aus Furcht, dass das Mädchen bei der Untersuchung stirbt, begnügte ich mich mit der Besichtigung des rostfarbenen Sputums und spritzte 4 Spritzen Kampheröl ein. — Ca. 15 Minuten darauf antwortete mir das Mädchen correct und meinte, dass sie es etwas leichter habe. Nicht glaubend an eine Genesung sprach ich den Angehörigen gegenüber meine Ansicht aus und verschrieb, um etwas zu thun und um für alle Fälle den Schweiss zu beeinflussen camph. trit. 0,1 Coffeini natrosalicyl. 0,15 in Kapseln — zweistündlich zu nehmen. Nach ca. 10 Stunden war der Vater des Mädchens wieder bei mir und theilte mit, dass die Hände wohl noch blau seien, das Rasseln im Halse aber geringer wäre und dass viel häufiger urinirt werde. Ich fuhr hin und fand die Kranke besser. Bei der Untersuchung fand ich eine Infiltration des linken Unterlappens und stellenweise beginnende crepitatio redux — kein Schweiss. Ich liess die Medication wiederholen. — In weiteren 3 Tagen war das Mädchen fieberfrei; auf der Lunge war noch grobes Rasseln zu hören und — Schweisse waren nicht gewesen.

Fall. II.

H. G. 8 a. n., Pneumonia migrans, welche sich über 4 Wochen hinzog. Bald war rechts, bald links eine Infiltration, dazwischen 2—4 Tage kein Fieber. Ich gab jedesmal Coffein mit Digitalis, erreichte stets eine reichliche Diurese und erlebte keinen starken Schweiss.

Fall. III.

Kapitän M. 42 a. n., erkrankte im Februar 1896 an einer croupösen Pneumonie im rechten Unterlappen. Ich wurde am 4. Tage



abgeholt. Der Kranke war ausserordentlich corpulent und hatte 3 Tage auf dem Stuhle verbracht, weil ihm beim Liegen die Luft ausging. Seine Unterschenkel waren stark geschwollen, der Puls regelm. 120 pr. Min., die Athmung keuchend, coupirt. Die Haut war vom 1. Tage an immer etwas feucht gewesen und so auch bei meiner Visite. Die Temperatur betrug 39,1. — Ich verordnete Morphium und Digitalis + Coffeinum natrosalicyl.

In 3 Tagen Entfieberung — reichliche Diurese — sehr mässiger Schweiss wie schon während der ganzen Krankheit.

Ich habe selbstverständlich nur in schweren Fällen zum Diureticum gegriffen und habe mich noch in manchem Fall von diesem Wechselverhältniss zwischen Schweiss und Diurese bei der croupösen Pneumonie überzeugen können. Zuweilen habe ich auch trotz des Diureticum ziemlich ausgiebigen Schweiss gesehen, aber selten.

Das Coffeinum natro-benzoicum rathe ich nicht zu verordnen, da es von meinen Pneumonikern nicht stets vertragen wurde.

Dieser kleinen Arbeit fehlt manches an Vollständigkeit, da ich kein Krankenhaus habe, doch würde ich es sehr dem Kliniker danken, der genaue Messungen der Harnmenge vornähme. Der Werth der Methode wäre dann vollständiger zu ersehen.

Referate.

P. Schichhold: Die Verengerungen der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli und ihre Folgeerscheinungen. (Münchener med. W. 1897 Nr. 46).

Bei dem vom Verfasser beobachteten Fall war klinisch bezüglich des Gefässsystems eine Dilatation und Elongation der Aorta ascendens und des Arcus, sowie eine Erweiterung des Truncus anonymus festgestellt worden; beide bedingt durch Arteriosklerose, die man bei dem Alter der Patientin (32 Jahre) und aus anamnestischen Gründen auf Lues zurückführen musste. Ausserdem war eine Insufficienz der Aortaklappen mit Sicherheit nachzuweisen. Unter Zunahme der Athemnoth und häufigen Anfällen von Angina pectoris starb die Patientin.

Bei der Section fand sich an der Stelle des Ductus Botalli eine das ganze Lumen der Aorta ringförmig einnehmende Falte, so dass ersteres 40 mm. mass. Oberhalb der Stenose betrug das Gefässlumen 100 mm., unterhalb derselben 120 mm. Zu Lebzeiten hatte diese Stenose keine Symptome gemacht, weil sich ein Collateralkreislauf gebildet hatte, der die Hindernisse jener Verengerung vollkommen ausglich. Es war also die Stenose vollkommen compensirt, bewiesen auch durch die gleichen, normalen Gefässlumina der Aorta unterhalb der Stenose und der Art. cruralis. Klinisch war es unmöglich diese Verengerung zu diagnosticiren, weil 1) absolut keine Veränderungen an den unteren Exträmitäten vorhanden waren, ja sogar der Cruralpuls den specifischen Charakter, den er in Folge der Insufficienz der Aortaklappen haben musste, angenommen hatte; 2) Erweiterungen von Collateralen wegen ihrer tiefen Lage nicht nachweisbar waren. Nur die zweite Erkrankung der Aorta, die Sklerose, verursachte derartige Störungen des Circulationsapparates, dass schliesslich der Exitus eintrat, während die Stenose, die jedenfalls schon seit frühem Kindesalter bestand, keinerlei Beschwerden gemacht hatte.

Als einziges klinisches Merkmal für eine Stenose der Aorta descendens wäre in solchen Fällen das von Bochdaleck beschriebene Blasebalggeräusch im Verlauf der Aorta theracica und abdominalis zu verwenden, das durch Wirbelbewegungen des vermittelst der Collateralen der Aorta descendens zugeführten Blutes entsteht. Daraus geht hervor, dass immerhin die Diagnose einer solchen Verengerung auf Schwierigkeiten stossen kann, zumal wenn dieselbe wie in obigem Fall mit anderen Störungen des Circulationsapparates zusammenfällt.

Weyert.

Max Laehr. Ueber Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung in Folge von Erkrankungen des Rückenmarks. (Arch. f. Psychiatrie. 1897. Bd. 28 H. 3).

Auf Grund sorgfältiger literärischer und klinischer Studien, die der Verf. vorwiegend bei der Syringomyelie angestellt hat, kommt er zu folgenden Resultaten:

1. Bei der Syringomyelie sowohl, wie bei anderen centralen Rückenmarkserkrankungen ist die Ausdehnung der partiellen Empfindungsstörungen auf der Haut eine ganz bestimmt charakterisirte.

2. Sie erfolgt nicht, wie bisher meist angenommen wurde, «gliedweise», entspricht auch nicht dem Versorgungsgebiet peripherischer Hautnerven, sondern gleicht im Wesentlichen den Bildern, wie wir sie nach Verletzungen der hintern Wurzeln oder nach Querschnittläsionen des Rückenmarks für den Verlust aller Empfindungsqualitäten auftreten sehen.

3. Anatomisch liegt ihr die Zerstörung der hinteren grauen Substanz in einer bestimmten Rückenmarkshöhe zu Grunde. Sie kann deshalb gleich den vorhergenannten als eine «segmentale» bezeichnet werden. Nur ist dabei zu berücksichtigen, dass sich diese segmentale Anordnung für einen totalen und nur partiellen Empfindungsverlust wahrscheinlich nicht ganz genau deckt.

4. Auch im Trigeminusgebiet scheint sich eine den centralen Krankheitsherden entsprechende «segmentale» Ausbreitung der partiellen Empfindungsstörung wesentlich von dem Versorgungsgebiete des Nervenstammes und seiner drei Hauptäste zu unterscheiden. Die Wurzelfasern für den obersten Ast scheinen am weitesten spinalwärts zu reichen.

5. Im Gegensatz zu dieser segmentalen Ausbreitung zeigt sich zuweilen bei dem Brown-Séquard'schen Symptomenbilde eine dissociirte Anästhesie der ganzen unterhalb der Läsion gelegenen, und zwar gekreuzten Körperseite. Diese unterscheidet sich von der ersteren auch durch die Intensität und Constanz der Störung.

6. Nach klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen darf angenommen werden, dass beim Menschen die Bahnen für die Schmerz- und Temperaturempfindung in das Hinterhorn der gleichen Seite eintreten, dass sie in ihrem weiteren Verlaufe durch die graue Substanz eine Kreuzung erleiden, und dass sie die letztere wieder verlassen, um in zusammenliegenden Faserzügen, möglicher Weise in den Seitensträngen, weiter centralwärts zu verlaufen.

Ihre Zerstörung in der grauen Substanz führt zu einer segmentalen, meist gleichseitigen Empfindungsstörung; eine solche in den weissen Strängen zu einer die ganze untere und zwar contralaterale Körperseite umfassenden Anästhesie.

7. Bei der centralen Hämatomyelie ist für gewöhnlich nur die graue Substanz, nicht allzuselten aber wohl auch daneben noch die weisse zum Theil zerstört. Dem entspricht klinisch meist das Bild einer segmentalen Herderkrankung, ähnlich der Syringomyelie, in andern Fällen die Combination einer solchen mit dem Brown-Séquard'schen Lähmungsbilde.

8. Die Beachtung der genannten spinalen Ausbreitungsweise einer partiellen Empfindungsstörung ist von besonderer Wichtigkeit für die Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Hysterie, resp. peripherischen Nervenaffectionen, hier in erster Linie Lepra.

D—o.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Reichsmedicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1898. Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg und Dr. Julius Schwalbe in Berlin. Leipzig. Verl. von Georg Thieme. Theil I. nebst Beiheft.

Der von dem verdienstvollen medicinischen Publicisten Dr. Karl Börner begründete und jetzt von den Redacteuren der deutschen Med. Wochenschrift Prof. Eulenberg und Dr. Schwalbe herausgegebene Reichsmedicinal-Kalender enthält auch in seinem 19. Jahrgange ausser dem Tages-Kalendarium und Notizbuch wieder eine Fülle für den Arzt nützlicher Auskünfte zur schnellen Orientirung in der Praxis. Die meisten dieser practisch wichtigen Kapital sind von bekannten Autoritäten bearbeitet worden. Wir heben aus der langen Reihe derselben hier nur nachstehende Abschnitte hervor Anwendung, Dosirung und Arzneiform der gebräuchlichen: Arzneimittel, «Mittel zur subcutanen Injection» und «Symptome und Behandlung der acuten Vergiftungen» alle drei aus der Feder Prof. Liebreich's (Berlin); Erste Hülfeleistung bei plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen von Dr. J. Schwalbe (Berlin); Bereitung der gebräuchlichsten medicinischen Bäder» und ein ausführliches «Verzeichniss der wichtigsten Bade- und Curorte und ihrer Aerzte» von Dr. F. Beetz (München). In dem Beihefte, das ein treffliches diagnostisch-therapeutisches Vademecum für den praktischen Arzt genannt werden kann, sind 16 kurzgefasste Essay's über wich-

tige Kapitel der Medicin untergebracht. In diesen findet der praktische Arzt für die Praxis völlig ausreichende Belehrung, über die Harnuntersuchung (von Prof. v. Jürgensen), die Bestimmung der Sehschärfe, die Behandlung von Ohren- und Zahnkrankheiten, von Hautkrankheiten und Syphilis, von Fracturen und Luxationen, eine Anleitung zur Narcose, kurze Abrisse der geburtshülflichen Operationslehre, der Hydrotherapie (v. Prof. Winternitz), der Krankendiät, der Impftechnik, der bacteriologischen Untersuchung u. s. w. Den Schluss bildet eine beachtenswerthe kurze «Anleitung zur sachverständigen Thätigkeit des Arztes in der Kranken-, Unfall- und Invaliditäts-Gesetzgebung» von Dr. Justus Thiersch (Leipzig). Der Reichsmedicinal-Kalender dürfte sowohl durch seinen Inhalt, als auch durch seine prächtige äussere Ausstattung den weitgehendsten Anforderungen des Arztes genügen. Der gewöhnlich später erscheinenge II. Theil, welcher das Personalverzeichniss sämmtlicher Aerzte Deutschlands enthält, ist uns noch nicht zugegangen.

Bernhoff.

Lehmann's medicinische Handatlanten. Band XVII. Atlas der gerichtlichen Medicin von Professor E. von Hofmann in Wien. Mit 56 farbigen Tafeln und 193 Textabbildungen. Verlag von J. F. Lehmann. München 1898. Preis 51 M.

Die Zahl der in der Lehmann'schen Verlagsbuchhandlung erscheinenden Handatlanten der einzelnen medicinischen Specialwissenschaften hat bereits den XVII Band erreicht mit dem Atlas der gerichtlichen Medicin. Autor desselben ist ein Mann der, als Reformator seiner Specialdisciplin, die forensische Medicin auf den Höhepunkt gebracht hat, den sie nun einnimmt — der vor Kurzem verstorbene Prof. E. von Hofmann in Wien.

Der Name allein schon bürgt für dieses Werk.

In dem Atlas hat uns Hofmann Abbildungen gebracht von Originalien, entweder frischen Sectionsfällen oder Museumpräparaten. Autor hat dabei an eine Erschöpfung des Gegenstandes garnicht gedacht, war jedoch bestrebt nach Möglichkeit instructive Beispiele von den wichtigsten gerichtsärztlichen Vorkommnissen zu geben. Und zwar soll der Atlas gewissermassen eine Ergänzung zu einem guten Lehrbuch sein. Aus letzterem Grunde ist dieser Atlas namentlich Studirenden äusserst zu empfehlen, denen er ein Ersatz für solche Fälle, welche sie nicht persönlich zu sehen bekommen haben, sein könnte.

Besonders mit Abbildungen bedacht sind das Capitel über Abnormitäten und Verletzungen der weiblichen Genitalien, der forensich wichtige Abschnitt der Schädelverletzungen und die Vergiftungen. Letztere weisen namentlich manche meisterhaft ausgeführt farbige Zeichnungen auf.

Ueberhaupt muss man zugeben, dass die Ausführung sämmtlicher Abbildungen und Textbilder (letztere nach Photographien) eine höchst vollkommene ist.

Hecker.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Eine ganze Reihe neuer Medicamente und Nährpräparate sind in letzter Zeit versucht worden. Dr. Bischler hat ein neues Antipyreticum dargestellt, das sog. Kryofin, ein Condensationsproduct aus Phenetidin und Methylglykolsäure. Es wird in Dosen von 0,5—1,0 verabreicht und soll in seiner Wirkung dem Phenacetin nicht nachstehen. Sehr schöne Erfolge bei Influenza beschreibt Bresler. (Therap. Monatsh Nr. 10).

— Ein Condensationsprodukt von Tanin mit Chloral stellt das von den Farbenfabriken vorm. Bayer und Comp. dargestellte Captol, ein dunkelbraunes, hygroskopisches Pulver dar. Eichhoff wandte das Präparat bei Seborrhoea capitis und Defluvium capillorum mit dem Erfolge an, dass die dichtesten Schuppen und Schinnen meist schon nach 8—14 Tagen verschwunden waren, die Secretion der Talgdrüsen vermindert war, der Haarausfall allmählich nachliess und nach einiger Zeit vollständig aufhörte. Benutzt wird eine 1—2%-ige alkoholische Lösung, mit welcher Morgens, eventuell auch Abends die Kopfhaut gewaschen wird. (Deutsche medic. Wochensch. Nr. 41).

— Schwersenski hat ein neues und sehr brauchbares Analepticum und Antihystericum — das Validol dargestellt – eine chemische Verbindung des Menthols mit der Valeriansäure. Es ist eine klare, farblose Flüssigkeit etwa von der Consistenz des Glycerins, von mildem, angenehmen Geruch und erfrischend kühlem, ganz schwach bitterem Geschmack. Als Analepticum vereinigt das Validol eine stark erregende Wirkung mit localer Reizlosigkeit und ist grade desshalb ein wichtiges Belebungsmittel; ferner wirkt das Validol — als ein gutes Stomachicum, es regt den Appetit an und beseitigt Uebelkeiten und Unbehagen. Auch als Carminativum hat es sich dem Verf. bewährtet und ferner als ein vorzügliches Hilfsmittel bei der Behandlung einer Reihe hysterischer und neurasthenischer Zustände. Die Wirksamkeit des Validol als Antihystericum wird nach Schwersenski weder von einem anderen Mentholester, noch von einer anderen Verbindung der Baldriansäure erreicht. Die Verabreichung geschieht in Dosen von 10—15 Tropfen auf Zucker. Verf. hat das Validol mit gutem Erfolge auch als Pinselung bei Mandel- und Rachenbelägen angewandt. (Therap. Monatshefte Nr. 11).

— Die chemische Fabrik auf Actien (vorm. Schering) hat ein Eiweisspräparat in den Handel gebracht unter der Bezeichnung «Sanose», welches ein Gemisch aus 80% Casein und 20% Albumose darstellt. Es ist ein weisses, geruch- und geschmackloses Pulver, welches sich mit Wasser zu einer Emulsion anrühren lässt, die beim Kochen eine der Milch vollkommen ähnliche Flüssigkeit giebt. Das Präparat kann in Milch und Cacao (etwa 20—50 g. auf 1/2 Liter Milch), in Leguminosensuppen (5 g. auf einen Teller) und auch als Zusatz zu Mehlspeisen verabreicht werden. (Therap. Monatsh. Nr. 11).

A.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

630. Sitzung am 25. November 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretair: Herr Heuking.

Herr Hellat hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die adenoiden Wucherungen bei Erwachsenen. Der Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Discussion:

Herr Moritz ist überrascht von dem Vortragenden zu erfahren, dass Wucherungen der Rachentonsille an Erwachsenen so häufig angetroffen werden.

Herr Neumann bestätigt das häufige Vorkommen der Hypertrophie der Tonsilla tertia gerade an Erwachsenen. Durch jahrelange Praxis hat er sich auch davon überzeugen können, dass die Angabe vieler Autoren, es gehe von der Pubertät an eine Involution der Rachentonsille vor sich, nicht zutreffend sei. Allerdings präsentirt sich das Organ an Erwachsenen scheinbar kleiner als bei Kindern; das kann aber auf blossem Stillstand im Wachsthum der Tonsille beruhen, während sich die Dimensionen der Nasenrachenhöhle gleichzeitig mit dem allgemeinen Wachsthum des Körpers erweitern.

Mit der Wegnahme der gewucherten Rachentonsille bei professionellen Sängern würde Herr Neumann rathen sehr vorsichtig zu sein. Die Configuration des Nasenrachenraumes spielt bekanntlich bei den Sängern eine grosse Rolle; man kann sich sehr wohl denken, dass durch Operationen die Verhältnisse des Schall- oder Resonanzraumes in einer solchen Weise beeinflusst werden können, dass dadurch die Stimme an Höhe oder Fülle des Tones einbüssen könnte. Eine solche Folge der Operation würde dem Arzte seitens seiner gesangausübenden Patienten niemals verziehen werden. Aus der Praxis eines Collegen in Moskau ist dem Vortragenden ein derariger Fall bekannt, und ein anderer, auf eine berühmte Gesangesgrösse bezüglich, ist ihm aus der Literatur erinnerlich. Jedenfalls würde Redner dazu rathen, einen Sänger oder eine Sängerin vor der Operation stets darauf aufmerksam zu machen, dass ein solches Ereigniss nicht ausser dem Bereiche der Möglichkeit liege.

Eine Spiegeluntersuchung des Cavum retronasale hält Herr Neumann in jedem Falle für durchaus erforderlich, und sind die Schwierigkeiten, die sich ihr entgegenstellen können, meist nicht allzugrosse, weil gerade in den Fällen, wo adenoide Wucherungen vorliegen, der hintere freie Rand des weichen Gaumens sich oft nach vorn verschoben erweist und zwar in nicht wenigen Fällen sogar um etwa einen Cm., so dass die Einführung des Spiegels ermöglicht wird.

In aetiologischer Beziehung möchte Redner darauf aufmerksam machen, das die Wucherungen des adenoiden Gewebes häufig an scrophulösen Individuen anzutreffen sind; es scheint aber, dass auch erbliche Disposition eine grosse Rolle spielt. Nicht minder wichtig ist das von Hellat hervorgehobene Moment, nämlich das Wohnen in feuchten Wohnungen und überhaupt der Aufenthalt im feuchten Klima; eine Bestätigung dieser Ansicht findet sich in den Beobachtungen, die man auch anderwärts, beispielsweise an der deutschen Ostseeküste, gemacht hat.

Bezüglich der Symptomatologie hebt Herr Neumann hervor, dass die Erscheinungen, welche man unter dem Namen

der Aprosexie zusammenfasst, an Kindern und jugendlichen Personen wohl häufig sind, dass aber derartig hohe Grade, wie sie von mancher Seite beschrieben worden sind, doch nicht allzuhäufig anzutreffen sind.

Zu dem, was Herr Hellat in Bezug auf die Therapie des Leidens mitgetheilt hat, möchte Redner noch Folgendes hinzufügen. Als radicales therapeutisches Verfahren kommt selbstverständlich die operative Entfernung der Wucherungen in Betracht. Bevor jedoch Referent an die Operation herangeht, pflegt er seine Kranken einer Vorbereitung, einer Art Vorkur, zu unterwerfen, die darin besteht, dass im Laufe von 4—6 Wochen 2 mal wöchentlich Pinselungen mit Jodglycerin vorgenommen werden und zwar aus folgendem Grunde. In den meisten Fällen handelt es sich bei solchen Kranken nicht nur um eine Hypertrophie der Gaumentonsille selbst, sondern auch um eine sie begleitende Wucherung des gesammten adenoiden Gewebes, welches längs der hinteren Wand des retronasalen Raumes angeordnet ist. — In diesem gewucherten Gewebe lagert sich eine Menge infectiösen Materiales aus der durch jene Gegend beim Einathmen durchstreifenden Luft, gleichsam wie in einem Filter, ab. Herr Neumann hält es nun für sehr wünschenswerth vor der Operation eine Desinfection dieser schlecht ventilirten Schlupfwinkel vorzunehmen — und erreicht diese Absicht eben mit den erwähnten Pinselungen. Letztere erfüllen jedoch noch einen 2. Zweck, sie führen eine Schrumpfung der lockeren adenoiden Wucherungen herbei, so dass zur operativen Entfernung eigentlich nur die vergrösserte Tonsille selbst nachbleibt. Und sogar an der vergrösserten Tonsille hat er durch die Pinselungen eine Verminderung des Volums sich herausbilden sehen, in günstigen Fällen um etwa ein Drittel des ursprünglichen Umfanges. Bei dieser Behandlung schwindet zugleich der grösste Theil der subjectiven Beschwerden, so dass einzelne seiner Patienten nichts mehr von einem operativen Eingriffe wissen wollten.

Die Operation selbst wird vom Redner stets mit dem von Schmidt modificirten Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt, und ist er mit dessen Leistung sehr zufrieden. Bei richtiger Führung des Messers, speciell bei richtiger Einstellung desselben in den Fornix des hinteren Nasenraumes, kann stets die gewucherte Drüse entfernt werden, während man andrerseits sicher ist, dass man nichts mitfasst, was nicht hypertrophisch ist. Eine vollständig minutiöse Reinigung des Rachengewölbes von jeder Spur adenoiden Gewebes ist übrigens gar nicht erforderlich, da nach Entfernung der Hauptgeschwulst durch die Narbenbildung auch die übrig gebliebenen kleinen Wucherungen zum Verschwinden gebracht werden. Um die Tubenmündungen herum viel zu schneiden, könnte Redner überhaupt nicht empfehlen, da er eine Stenosenbildung durch Narbenschrumpfung und deren schädlichen Einfluss auf das Gehör befürchten würde.

Liegt, wie es die Regel ist, ausser einer vergrösserten Rachentonsille auch noch Schwellung der Schleimhäute über den Conchen vor, so hält Redner es für angebracht, stets zuerst die Tonsille zu entfernen und erst darauf an die Behandlung der Nase zu schreiten.

Herr Hellat: Seitdem er sich von dem häufigen Vorkommen der Tonsillenhypertrophie an Erwachsenen überzeugt hat, führt er ganz systematisch in jedem Falle eine Rhinoscopia posterior aus und untersucht, wo es nöthig ist, mit dem Finger. Doch musste er sich eben aus eigener Anschauung von der Häufigkeit der Wucherung an Erwachsenen überzeugen, denn in den einschlägigen Lehr- und Handbüchern, sogar den grösseren, finden sich über diese Erkrankung an Erwachsenen nur sehr wenige Angaben.

Die Besorgnisse Dr. Neumann's bezüglich eventueller schädlicher Folgen der Entfernung hypertrophischer Rachentonsillen bei Sängern, kann Herr Hellat nicht theilen; im Gegentheil, er hat den Eindruck gewonnen, dass die Leistungsfähigkeit der Stimme nach der Operation sich stets gebessert habe. Auch haben alle von ihm Operirten erklärt, dass es ihnen nach der Operation leichter wurde eine grössere Fülle des Tones zu erzielen (der Ton liegt jetzt mehr in der „Maske" lautete ihre eigene Meinung mit Benutzung des betreffenden Kunstausdruckes). Auch theoretisch lasse sich doch annehmen, dass die Resonanzverhältnisse des Nasenrachenraumes nach Entfernung der weichen gewucherten Massen gewinnen müssen. Für die Ausführung der Operation spricht auch der Umstand, dass durch sie die beständige Reizung des Kehlkopfes und Heiserkeit der Stimme in Wegfall kommen.

Von der seitens des H. Neumann empfohlenen Vorkur kann Herr Hellat keinen besonderen Vortheil erwarten; eine Einwirkung der Pinselungen auf die adenoiden Wucherungen liesse sich doch kaum annehmen; ohne Operation kommt man eben nicht aus und daher empfiehlt es sich mit letzterer gar nicht weiter zu zögern. — Dass man mit der Entfernung der Wucherungen um die Tubenöffnung herum vorsichtig verfahren müsse, ist klar; unter Führung des Spiegels gelingt dieses auch gut und hat Hellat nie unliebsame Folgen in Form von Stenosen oder Verwachsungen der Tuben erlebt.

Auf die Modification, die er selbst dem Gottstein'schen Messer gegeben hat, zurückkommend, meint Redner, dass der Schrägstellung der Klinge insofern ein Vorzug einzuräumen sei, als sie eine gute Reinigung des Rachengewölbes und auch der hinteren Rachenwand ermöglicht, während das Gottstein-Schmidt'sche sich nur bequem längs der oberen Wand führen lasse.

Herr Hörschelmann hat an sich selbst die Erfahrung gemacht, dass Operationen im Nasenrachenraum auf die Stimme keineswegs ungünstig einwirken. Vor etwa 20 Jahren wurden ihm beide Gaumenmandeln, vor einem Jahre die Rachentonsille entfernt: seine Stimme hat weder in dem ersten noch im zweiten Falle gelitten.—Als Kind hat er weder an Scropheln noch an hartnäckigen Schnupfen gelitten; erst seit 15 Jahren haben sich die Wucherungen des adenoiden Gewebes bemerkbar gemacht und seit jener Zeit trat auch häufig Heiserkeit ein.

Redner macht auf eine Arbeit von Rey aufmerksam, in der auf den Zusammenhang zwischen Pavor nocturnus und vergrösserter Rachentonsille hingewiesen wird; bei 32 Kindern liess sich dieser Zusammenhang dadurch beweisen, dass nach ausgeführter Operation die Erscheinungen des Pavors fortfielen. Rey führt das ganze Krankheitsbild auf behinderte nasale Respiration und dadurch bedingte chronische Kohlensäureintoxication zurück. Auch an Erwachsenen sollen ähnliche Zustände, die sich unter den Erscheinungen des nächtlichen Alpdrückens kundgeben, beobachtet worden sein.

Herr Hellat: Obgleich bei der Mehrzahl der Erwachsenen die eine Hypertrophie der Rachenmandel aufweisen, angenommen werden muss, dass diese Hyperplasie bereits seit jenseits der Pubertät bestehe, muss doch zugegeben werden, dass sie sich auch in späteren Jahren bilden könne, und dies kann sehr wohl bei Dr. Hörschelmann vorgelegen haben.

Was den von H. Hörschelmann erwähnten Pavor nocturnus betrifft, so bilde er offenbar eine Form der verschiedenartigen auf reflectorischem Wege zustandekommenden nervösen Anfälle.

Herr Neumann ist auch der Ansicht dass der pavor nocturnus in die grosse Reihe der nervösen Reflexvorgänge hineingehöre, welche bei Erkrankungen des Nasenrachenraumes so häufig anzutreffen seien. — Eine hyperplastische Rachentonsille kann aber, nach H. Neumann's Ansicht, auch die Ursache von erst sekundär an den Schleimhäuten der Conchen auftretenden Schwellungen sein, und zwar durch Druck auf die aus der Nase abführenden Venenstämme, wodurch eine venöse Stauung in den Capillaren der Nasenschleimhaut hervorgerufen wird.

Herrn Schomacker würde es interessiren zu erfahren, ob Beobachtungen vorliegen, die für das Auftreten der Wucherungen in ganz frühem Kindesalter sprechen; er selbst hatte Gelegenheit bei einem etwa 3 Jahre alten Kinde bereits eine beträchtliche Schwellung der Rachentonsille zu constatiren; die Geschwister jenes Kindes begannen übrigens alle in demselben Alter an diesem Uebel zu leiden.

Herr Hörschelmann hat auch in frühem Kindesalter die Hyperplasie der Rachenmandel beobachtet, und zwar bei einem Kinde von 2 Jahren und einem anderen, das sogar noch unter zwei Jahren war.

Herr Hellat: in der Litteratur findet man allgemein die Angabe, dass die Schwellungen zwischen dem 2. und 15. Jahre beginnen. Das Constatiren derselben kann im frühen Kindesalter unter Umständen sehr schwer sein, da weder Digital- noch Spiegeluntersuchung von den kleinen Patienten gelitten wird.

Herr Kroug findet das Auftreten von Irradiations-Reflexerscheinungen im Bereiche vieler Hirnnerven bei bestehender entzündlicher Schwellung der Rachentonsille sehr begreiflich, da jenes Gebiet gerade im Ausbreitungsrayon mehrerer Hirnnerven liegt und die erwähnten Reizvorgänge auf die verschiedensten Nervenbahnen ausstrahlen können.

Herr Hellat: das Factum des Auftretens ausgebreiteter Reflexneurosen ist ja allgemein constatirt worden; eine Erklärung für ihr Auftreten zu geben, sei jedoch seiner Ansicht nach nicht ganz leicht. Die Drüse an sich ruft sie doch nicht hervor und es lässt sich nicht ganz leicht einsehen, weswegen oft nur geringe Hyperplasien derselben so schwere Erscheinungen entstehen lassen.

Herr Neumann macht darauf aufmerksam, dass die Reflexneurosen in den meisten Fällen von der Wucherung der Nasenschleimhaut ausgehen.

Herr Anders erkundigt sich beim Vortragenden, ob nach Entfernung der Wucherungen Recidive beobachtet werden?

Herr Hellat: In der Literatur findet man wohl die Angabe, dass Recidive vorkommen. Seine persönliche Anschauung gehe jedoch dahin, dass es sich nicht eigentlich um Recidive handele, sondern eher um ein Weiterwuchern der Neubildung von Geschwulstpartien aus, die bei der Operation übersehen und stehen gelassen worden sind.

Herr Neumann möchte das Wiedererscheinen der Wucherungen doch auf echte Recidive zurückführen, wenigstens in

vielen Fällen, obgleich ja nicht zu leugnen ist, dass es nicht immer möglich ist, die hyperplastische Drüse vollständig zu exstirpiren, so dass gelegentlich auch aus stehengebliebenen Ueberresten die Wucherung sich nachträglich ausbreiten könnte.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Chef des Quarantäne-Bezirks von Feodosia, wirkl. Staatsrath Dr. Hüber. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Chef des Quarantäne-Bezirks von Kertsch, wirkl. Staatsrath Dr. Wassiljew. Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Director des Kais. Instituts für Experimental-Medicin, wirkl. Staatsrath Dr. Lukjanow; dem Professor der Augenheilkunde in Kiew, wirkl. Staatsrath Dr. Chodin und dem Prof. der Kinderheilkunde in Kiew, Staatsrath Dr. Tschernow. Der St. Annen-Orden II. Classe — den Professoren: Ponomarew (Pädiater) und Reprew (Patholog) in Charkow, Lewaschew (Therapeut) in Kasan, Obolonski (Gerichtl. Med.) und Tichomirow (Anatom) in Kiew und dem älteren Charkowschen Stadtarzt Dr. Bellin.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Prof. der Hygiene in Kasan, Dr. Kapustin und das Mitglied des Kais. Instituts für Experimental-Medicin. Dr. med. et chirurg. Nencki.

— Ausländische Ordensauszeichnungen Nachstehenden Aerzten ist Allerhöchst gestattet worden, die ihnen verliehenen ausländischen Orden zu tragen: dem Arzt S. K. H. des Grossfürsten Michael Nicolajewitsch, Ehrenleibmedicus Collegienrath Dr. Sander den preussischen rothen Adler-Orden 3. Classe; dem Oberarzt des Hofhospitals in Zarskoje Sselo, wirkl. Staatsrath Dantschitsch. Das Comthurkreuz I. Classe des Sachsen-Coburg-Gothaschen Ordens; dem stellv. Oberarzt des Peterhofer Hofhospitals, Staatsrath Stroganow, das Ritterkreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion.

— Der Chef der militär-medicinischen Academie und Präsident des Medicinalraths, Geheimrath Professor Dr. Victor Paschutin (Patholog) beging am 13. Januar das 30-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit.

— Der ausserord. Professor der therapeutischen Klinik der Warschauer Universität Dr. Schtscherbakow, ist zum ordentlichen Professor der genannten Universität ernannt worden.

— Als Nachfolger des verst. Professors Stukowenkow auf dem Lehrstuhl für Syphilis und Hautkrankheiten an der Kiewer Universität ist der bisherige Privatdocent Dr. Tomaszewski bestätigt worden.

— Mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie haben sich die Militärärzte Dr. Wold. Heinaz und Dr. Wold. Thiele als Privatdocenten für Chirurgie an der genannten Academie habilitirt.

— Der bekannte Gynäkologe Prof. Bernhard Schultze in Jena, besonders verdient durch seine manuelle Lösung der den Uterus fixirenden Bänder bei Lageveränderungen, feierte am 29. December v. J. seinen 70. Geburtstag. Den Lehrstuhl der Geburtshülfe in Jena hat Prof. Schulze bereits seit 40 Jahren inne.

— Zu Ehren des Oberarztes des Pagencorps. Dr. Wold. Jürgenson, welcher, wie wir bereits seiner Zeit mitgetheilt haben, nach mehr als 40jährigem Dienst an diesem Institut in den Ruhestand getreten ist, veranstalteten frühere Zöglinge des Pagencorps aus diesem Anlass ein Festessen und überreichten ihm ein werthvolles Tisch- und Thee Besteck aus Silber.

— Der Oberarzt des hiesigen Nikolai Militärhospitals. Dr. S. M. Janowitsch-Tschainski ist, nach Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze, in den Ruhestand versetzt worden. An seine Stelle ist der bisherige Oberarzt des Preobrashenskischen Leib-Garderegiments, Dr. A. N. Duschinkin, getreten.

— Prof. Salkowski, Leiter des chemischen Laboratoriums im pathologischen Institut der Berliner Universität, feierte am 16. Januar v. J. das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit.

— Der als Laryngologe bekannte Privatdocent Dr. Otto Seyfert in Würzburg ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— In München ist der dortige Privatdocent der Chirurgie Wilh. Herzog zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Verstorben: 1) In Tiflis das Ehrenmitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités Geheimrath Dr. Joh. Minkewicz. im 71. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1848 die medicinische Praxis ausübte, war lange Zeit Oberchirurg der Kaukasischen Armee und erfreute sich unter seinen Dienstgenossen, wie auch unter der dortigen Bevölkerung grosser Beliebtheit. — 2) Am 6. Januar in Lodz der daselbst wohlbekannte Arzt Dr. Julius Gensz im Alter von 59 Jahren. Der Verstorbene war seit mehr als 30 Jahren als praktischer Arzt thätig und fungirte viele Jahre auch als Arzt am Lodzer Gefängniss. 3) Im Kurskischen Kreise der dortige Landschaftsarzt K. A. Swjaginzew. am Typhus im 33. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seine Frau mit drei unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. Die Kurskische Gouvernements-Landschaft hat in Anerkennung seiner Verdienste der Wittwe eine einmalige Unterstützung von 500 Rbl. bewilligt. — 4) Der ältere Arzt des Wyborgschen Infanteriereg. Gregor Ssolomko. 5) In Graz der frühere Professor der Chirurgie an der Universität Graz, Dr. Carl Ritter v. Rgehazek, im 81. Lebensjahre. 1886 war er pensionirt.

— Die Theilnehmer an den Cursen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna im I. Semester des laufenden Lehrjahres (meistentheils Provinzialärzte) veröffentlichen im «Wratsch» einen Aufruf zur Gründung eines Capitals auf den Namen des verst. Professors Eduard Eichwald, als Initiators, Begründers und ersten Directors dieses bis jezt in Russland einzigen Instituts zur Fortbildung von Aerzten. Das bei der Allg. medicinischen Unterstützungs-Casse zu bildende Capital soll zur Verabfolgung von Unterstützungen an verwaiste Familien von Aerzten verwandt werden, unabhängig davon, ob die letzteren Mitglider der Unterstützungscasse waren oder nicht. Als ersten Beitrag zur Bildung dieses Capitals haben die obenerwähnten (57) Theilnehmer an den Fortbildungscursen 190 Rbl. der Verwaltung der medicinischen Unterstützungscasse zugesandt. — Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass die zahlreichen Schüler Prof. Eichwald's, sowie die früheren und künftigen Hörer dieser Fortbildungscurse sich an diesem guten Werke betheiligen werden.

— An den Generalsecretär des XII. internat. Congresses Prof. Roth in Moskau ist eine von 99 englischen Aerzten unterzeichnete, kunstvoll ausgestattete Dankadresse eingelaufen, in welcher die englischen Mitglieder des Congresses dem Generalsecretär, den Organisations-Comités dem Damen-Comité und den Studenten volle Anerkennung für die treffliche Organisation des Congresses zollen und mit besonderer Dankbarkeit die Gastfreundschaft und Liebenswürdigkeit hervorheben, welche ihnen von den Organisations Comités, den Aerzten Moskau's. Petersburg's und Warschau's, sowie von der russischen Nation überhaupt erwiesen worden.

— Die Redaction der «Zeitschrift für Schulgesundheitspflege» hat mit dem Beginn dieses Jahres der frühere Moskauer Professor Dr. Erisman übernommen.

— Zum Besten des Fonds auf den Namen des verst. Professors S. P. Botkin sind bis zum Schluss des vorigen Jahres über 42,000 Rbl. bei der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte eingelaufen.

— Der VII. Congress russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow findet in Kasan vom 23. April — 5. Mai d. J. statt. Das Organisationscomité besteht aus den Professoren der Kasanschen Universität: Gay (Präsident) Fenomenow (Cassirer). Ljubimow (Chef des Auskunftsbureaus), Lewaschow (Vicepräsident und Redacteur der Arbeiten des Congresses) und Kapustin (Secretär).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Jan. d. J. 8239 (158 mehr als in d. Vorw.), darunter 792 Typhus — (33 mehr), 872 Syphilis — (26 wen.), 188 Scharlach — (14 wen.), 212 Diphtherie — (7 mehr), 43 Masern — (5 wen.), und 62 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. Januar 1898
Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
401	294	695	156	66	93	24	9	21	64	79	56	41	51	32	2	1

2) nach den Todesursachen:

- Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 14, Scharlach 12, Diphtherie 46, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 6, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 84, Todtgeborene 39.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. Januar 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Februar 1898.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1898 г.

„ХИРУРГІЯ"

Ежемѣсячный журналъ подъ редакціей профессора **П. И. Дьяконова.**

ВТОРОЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

ПРОГРАММА:

1. Самостоятельныя статьи по хирургіи и относящимся къ ней отдѣламъ врачебныхъ знаній. 2. Обзоры текущихъ работъ по хирургіи. 3. Критика вновь выходящихъ хирургическ. сочиненій. 4. Разныя извѣстія. 5. Объявленія.

Цѣна съ пересылкою и доставкою:

8 р. ВЪ ГОДЪ: ЗА ПОЛГОДА—4 р.

Подписка принимается: 1) **Въ Редакціи:** Москва, Пречистенка, д. Шеппингъ, кв. профессора П. И. Дьяконова; 2) **въ книж. магазинахъ Т-ва И. Д. Сытина въ Москвѣ:** 1) на Никольской, д. Славянскаго Базара, 2) у Ильинскихъ воротъ, д. Титова, 3) на Никольской, д. гр. Орлова-Давыдова. **Въ С.-Петербургѣ:** Большая Садовая, № 25. **Въ Кіевѣ:** Подолъ, Гостиный дворъ. **Въ Варшавѣ:** Краковское Предмѣстье, № 1, и во всѣхъ лучшихъ книжныхъ магазинахъ Россіи.

Всю переписку, касающуюся дѣлъ собственно редакціи (т. е. присылку статей для помѣщенія въ журналъ, обмѣнныхъ журналовъ, книгъ для отзывовъ, предложеній объ обмѣнѣ изданіями и т. д.). просятъ адресовать **на имя редактора (Москва, Пречистенка, д. Шеппингъ, проф. П. И. Дьяконову).** Статьи, гдѣ-либо напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, производить сокращенія и измѣненія въ присылаемыхъ статьяхъ. Авторы статей получаютъ вознагражденіе въ размѣрѣ 20—30 руб. за печатный листъ. Кромѣ того, авторы самостоятельныхъ статей получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ своей статьи. Рисунки изготовляются въ счетъ вознагражденія за статьи. **Для личныхъ переговоровъ редакція открыта въ среду и въ воскресенье отъ 5 до 7 час.**

Переписку по дѣламъ хозяйственнымъ (т. е. высылку подписныхъ денегъ, объявленій для напечатанія въ журналѣ, заявленія о невысланныхъ книгахъ или вознагражденіяхъ за статьи и т. д.) просятъ адресовать **на имя Т-ва И. Д. Сытина (Москва, Ильинскія вор., д. Титова).**

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ «Хирургіи», — 10 рублей за цѣлую страницу и 6 рублей за 1/2 страницы и менѣе, а на обертькѣ — по соглашенію.

Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg,
Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Никаноровъ, П., О приготовленіи крѣпкой противодифтерійной сыворотки. Диссертація. 1897. Rbl. 1.00

Прохоровъ, П., Біологическія основы медицины. Вып. II. 1898. Rbl. 1.25

Слетовъ, Н., Курсъ массажа и врачебной гимнастики. 1897, Rbl. 1.50

Спенсеръ. Г., Цѣломудріе, бракъ и родительство (Этика половыхъ отношеній). Перев. съ англійск. 1898, Rbl. 0.30

Филипповъ, Ѳ., Сборникъ иконоположеній по фармацевтической части. 1898, Rbl. 3.00

Черноморднкъ, Л., Гдѣ намъ лѣчиться кумысомъ. 1897, Rbl. 0.40

Angle, E., Angle's System zur Geraderichtung und Festhaltung unregelmässig gestellter Zähne. 1897, Rbl. 1.65

Archives de médecine des enfants. 1898, № 1. Preis jährlich Rbl. 8.40, mit Zusend. Rbl. 9.50

Baldwin, J., Le développement mental chez l'enfant et dans la race. Trad. de l'anglais. Avec. fig. 1897, Rbl. 3.40

Baumgarten, P., Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. Jahrgang XI (1895). 1897, Rbl. 11.55

Benedict, H., Die Abwässer der Fabriken. Mit 14 Abbild. 1898, Rbl. 1.10

Besson, A., Technique microbiologique et serothérapique. Avec 233 fig. 1898, Rbl. 3.60

Brouardel, P., La responsabilité médicale. 1868, Rbl. 4.00

Castex, A., La médicine légale dans les affections de l'oreille, du nez, du larynx et des organes connexes. 1898, Rbl. 0.90

Cathelineau, Formulaire pour les maladies de la peau. 1898, Rbl. 1.15

Charité-Annalen. Jahrg. XXII. 1897, Rbl. 13.20

Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie. Bd. I, Nr. 1. Preis d. Bd. Rbl. 9.60, mit über Send. Rbl. 10.50

Ermengorn, E., Contribution à l'étude des intoxications alimentaires. 1897, Rbl. 4.40

Eulenburg und Samuel. Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Lfg. 10—13. Preis jed. Sach. Rbl. 0.85

Frumerie, G., Massage gynécologique (Méthode Thure Brandt). 1897, Rbl. 0.90

Garnier, P., Internement des aliénés. (Thérapeutique et législation) 1898, Rbl. 1.35

Gayet, G., La gibbosite dans le mal de Pott. Avec 17 fig. 1897, Rbl. 2.25

Grancher, Comby, Marfan, Traité des maladies de l'enfance. Tome IV. 1898, Rbl. 8.10

Gross, Fr., Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale nérale. Tome I. 1898. Preis für zwei Bd. Rbl. 6.30

Oppel, A., Lehrbuch d. vergl. mikroskopischen Anatomie der Wirbelthiere. Teil II: Schlund und Darm. Mit 343 Abbild. und 4 Tafeln. 1897, Rbl. 11.0.

Pfeifer, H., Die Gebäude der neuen herzoglichen Krankenanstalt in Braunschweig. Mit 17 Tafeln und 9 Abbild. 1897, Rbl. 0.85.

Poulat, De la phénothérapie ou méthode hypodermique phéniquée. 1897, Rbl. 2.25.

Dieser Nummer liegt der St. Petersburger Ausgabe ein Prospect über **«Hôtel de l'Europe in Sestri Levante»** bei.

Дозв. ценз. Спб. 17 Января 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, 17. (29.) Januar 1898

Zwei Fälle von Peritonitis bei Abdominaltyphus.

(Aus dem städtischen Peter-Paulhospital in St. Petersburg).

Von

Dr. M. Gesselewitsch.

Die als Complication des Abdominaltyphus auftretende Peritonitis kann bekanntlich entweder durch Perforation entstehen oder sich von einem tiefen Geschwür aus per continuitatem entwickeln; nach dem Grad ihrer Ausbreitung kann sie local, begrenzt, — oder diffus, allgemein sein. In einer Arbeit «Ueber die Perforationsperitonitis beim Abdominaltyphus und ihre operative Behandlung» habe ich mit R. Wanach 5 Fälle von diffuser Perforationsperitonitis beschrieben, die nach der Operation einen unglücklichen Verlauf nahmen[1]). In letzter Zeit habe ich zwei Fälle von localer Peritonitis bei Typhuskranken beobachtet, von denen der eine — offenbar nicht durch Perforation entstandene — genas, während der andere — ein Fall von Perforationsperitonitis — letal endete. —

I. Die Finnländerin Erica K., 30 J. a., trat am Morgen des 9. December 1896 in das Peter-Paulhospital mit Klagen über Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Fieber, Leibschmerzen etc. Nach ihrer Angabe ist sie seit 8 Tagen ernstlich krank, hatte sich aber schon eine Woche vorher unwohl gefühlt. Der behandelnde Arzt diagnosticirte Abdominaltyphus und schickte sie, da ihr Zustand sich verschlechterte, ins Hospital.

Pat. ist von mittlerem Wuchs, gracilem Körperbau und mässigem Ernährungszustand. Sie sieht schwerkrank aus. Das Gesicht blass, die Augen eingesunken, Nase und Lippen leicht cyanotisch. Zunge trocken, im hinteren Abschnitt belegt. In der Oberbauchgegend einige Roseolaflecken. In den Lungen nichts Besonderes. Herztöne rein, Herzdämpfung normal. Puls 120, klein, leicht unterdrückbar. Athemfrequenz 36. Der Unterleib deutlich vorgewölbt; schon die leiseste Berührung des Leibes ist schmerzhaft, bei der Palpation und leichter Percussion schreit Pat. vor Schmerzen. Ueber dem ganzen Leib tympanitischer Schall. Die Leberdämpfung an normaler Stelle, die Milz lässt sich ebenfalls percutiren. Fühlen lassen sich diese Organe wegen der Schmerzhaftigkeit nicht. Bei der Auscultation des Leibes sind keine besonderen Geräusche zu hören (Symptom von Lewaschow), ausser seltenem Gurren. Temperatur 39,5.

Bei nochmaligem Ausfragen ergab sich, dass die Schmerzen im Leib plötzlich am Tage vorher aufgetreten waren, c. um 5 Uhr Nachmittags. Erbrechen war nicht gewesen. Am Morgen, vor dem Eintritt ins Hospital hatte Pat. einen flüssigen Stuhl gehabt.

Die Anamnese und der Untersuchungsbefund mussten zur Diagnose: Abdominaltyphus führen. Um so mehr erregten die Erscheinungen von Seiten des Leibes unsere Aufmerksamkeit, die unzweifelhaft auf eine bestehende Peritonitis hinwiesen. Das plötzliche Auftreten der Leibschmerzen mit der folgenden Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, die Pat. zum Eintritt ins Hospital veranlasste, sprachen augenscheinlich für eine Darmperforation. In Anbetracht dessen, dass seit der vermutheten Perforation 18 Stunden verflossen waren und der Allgemeinzustand der Kranken erträglich war, und da wir andrerseits garkeinen Grund hatten anzunehmen, dass der entzündliche Process sich begrenzen oder gar ganz zurückgehen würde, so hielten wir es für unsere Pflicht, der Kranken die Operation zu proponiren, auf die sie indessen nicht einging. Es wurden ihr darauf Eis auf den Leib und 2-stündlich 5 Tropfen Tr. Opii simpl. in 20 Tropfen eines Gemisches von Tr. Valerian. aeth. und Spirit. anod. Hoffmanni verordnet.

10. December. Die letzten 24 Stunden kein Stuhl und kein Erbrechen. Hat einmal urinirt, der Urin ist eiweisshaltig. Puls 116, mittelgross, ziemlich gespannt. Athemfrequenz 36. Meteorismus hat bedeutend zugenommen. Die Leberdämpfung verkleinert, reicht nur bis $1^1/_2$ Querfinger vom Rippenbogen. Der Leib sehr empfindlich, Hustenstösse machen heftige Schmerzen. Keine Cyanose. Temperatur 38,7—38.0. — Ord.: subcutan 0,01 Morphium; innerlich: Opii puri 0,03, Coffeini puri 0,05, Sacch. 0,3, 4 Pulver. Eis auf den Leib.

11. December. Puls 132, schwach und unregelmässig. Athemfrequenz 36. Der Meteorismus hat noch zugenommen, der Leib ist trommelförmig aufgetrieben. Leberdämpfung wie gestern. Häufiger Hustenreiz. In der Nacht 1 mal erbrochen. Kein Stuhl. Freie Flüssigkeit lässt sich in der Bauchhöhle nicht nachweisen. In den Lungen, soweit sich die Kranke untersuchen lässt, nur bronchitische Erscheinungen. Keine Cyanose, aber Pat. sieht schlecht aus. Gestern Abend wurde der Urin per Katheter entleert, in der Nacht hat Pat. 2 mal

[1]) cf. Лѣтопись Русской Хирургіи 1897, кн. 3 und Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie 1897, Band II.

selbst urinirt. Temperatur 38,5—39,4. — Ordin.: Dieselben Pulver, 2-stündlich Ol. camphorat. subcutan, Eis auf den Leib.

12. December. Puls 116, klein aber deutlich zählbar. Athemfrequenz 32. Meteorismus und Leibschmerz wie gestern. Die Leberdämpfung ist verschwunden, die Percussion in der Lebergegend ist empfindlich. In der Nacht 2 mal erbrochen. 3 Stühle. Temperatur 38,2—39,8. — Therapie dieselbe.

13. December. Kein Erbrechen, kein Stuhl. Puls 118, niedrig, schwach. Meteorismus etwas geringer. Spontane Schmerzen im Leibe sind kaum vorhanden, die Druckempfindlichkeit ist viel geringer. Die Leberdämpfung ist wieder vorhanden, reicht von der 6. Rippe fast bis zum Rippenbogen. Das Aussehen der Kranken etwas besser. In den Lungen diffuse trockene Rasselgeräusche; dank der geringeren Empfindlichkeit des Leibes hustet Pat. besser aus. Temperatur 38,7—38,7. Statt der subcutanen Injectionen wird Campher innerlich gegeben (6 Pulver à 0,1).

14. December. 3 reichliche feste Stühle. Kein Erbrechen. Puls 116, regelmässig, von guter Füllung. Geringer Meteorismus, Bauchwand nicht gespannt, weder spontane Schmerzen im Leib, noch Druckempfindlichkeit. Milzdämpfung von der 8. Rippe, Milz nicht palpabel. Auf der Brust Roseola. In beiden Lungen diffuse trockene Rasselgeräusche, in den unteren Partien auch feuchtes Rasseln. Im Harn nur geringe Eiweisstrübung. Temperatur 38,5—39,4. — Ordin.: 4 Pulver Opium mit Coffein, Campher. — Eis nur wenn Schmerzen auftreten. — Pat. bekam die ganze Zeit über nur kalte Milch.

Vom 15. December an waren die peritonitischen Erscheinungen geschwunden. Die Kranke bot das Bild eines mittelschweren Typhus, complicirt mit catarrhalischer Pneumonie des rechten Unterlappens, und nur in der Regio iliaca rechts bestand Druckempfindlichkeit und Spannung der Bauchdecken, wozu sich dann später noch Dämpfung gesellte. Der Puls wurde bald schlechter, bald unter der Einwirkung von Tonicis — besser. Die Temperatur nahm remittirenden Charakter an (Morgens 37,0—38,2; Abends 38,7-39,8). Vom 17. December an traten am Morgen Schweisse auf.

Am 28. December machte Dr. Th. Dobbert die gynäkologische Untersuchung, die Folgendes ergab: Uterus nicht vergrössert, anteflectirt, beweglich. Im hinteren Scheidengewölbe alte harte, unempfindliche Infiltrate von geringer Ausdehnung. Die linksseitigen Adnexe normal, rechts lassen sie sich wegen grosser Empfindlichkeit dieser Gegend nicht durchfühlen. Im rechten, nicht herabgedrängten Scheidengewölbe lässt sich das untere Segment eines undeutlich begrenzten aber sehr empfindlichen, hoch ausserhalb des kleinen Beckens liegenden Infiltrates palpiren. Die gynäkologische Untersuchung ergab also, dass der Krankheitsherd nicht mit den Sexualorganen in Zusammenhang stand.

Die beständige Druckempfindlichkeit, die Spannung der Bauchdecken und die Dämpfung in der unteren inneren Partie der rechten Fossa iliaca, zusammen mit dem remittirenden Fieber, den Schweissen und dem Resultat der gynäkologischen Untersuchung — alles das überzeugte uns davon, dass die anfänglich beobachtete Peritonitis nicht spurlos vergangen war, sondern einen circumscripten Eiterherd hinterlassen hatte. Da seit Beginn der Krankheit schon über 4 Wochen verflossen waren, man also annehmen konnte, dass der Typhus schon abgelaufen sei, so musste an die Eröffnung des Abscesses gedacht werden. Als am 31. December die Schmerzhaftigkeit in der Ileocöcalgegend sich etwas nach oben verbreitete und zunahm, der Leib sich wieder etwas auftrieb, und über der Symphyse, rechts von der Mittellinie ein Infiltrat, wenn auch nicht deutlich, fühlbar wurde, — wurde der Kranken die Operation vorgeschlagen. Diesesmal willigte sie gern ein, da die Leibschmerzen sie wieder zu quälen begannen. Dr. A. Kadjan, der consultirt wurde, stimmte unserer Diagnose bei und Pat. wurde in die chirurgische Abtheilung übergeführt und an demselben Tage operirt.

Nach der üblichen Vorbereitung des Operationsfeldes machte Dr. Kadjan unter Chloroform-Cocainnarkose einen Schnitt durch die Bauchdecken, parallel dem Poupart'schen Bande. Nach Durchtrennung des Bauchfells entleerte sich viel gelbgrünen dicken, nicht kothig riechenden Eiters. Die Abscesshöhle war vollkommen begrenzt, faustgross, ihre Wände nicht deutlich, nirgends konnte man irgendwelche Infiltrate durchfühlen. Tamponade mit Jodoformmarly und trockener aseptischer Verband. Temperatur vor der Operation 37,8, Abends 38,9.

Da in den nächsten Tagen die Temperatur abendliche Steigerungen bis 38,8 zeigte und die obere Grenze der Leberdämpfung hoch stand (4. Rippe in der Mamillarlinie), auch die Percussion daselbst schmerzhaft war, so entstand der Verdacht, ob sich nicht ein subphrenischer Abscess bilde. Eine Probepunction im 5. Intercostalraum nach aussen von der Mamillarlinie am 12. Jan. 1897 ergab keinen Eiter. Gerade von diesem Tage an wurde die Temp. normal, die Wunde füllte sich mit guten Granulationen, und am 17. Feb. wurde die Kranke vollständig gesund, mit fast geheilter Wunde entlassen.

Es fragt sich nun, was das für ein Abscess war und in welcher Beziehung er zur Grundkrankheit — dem Abdominaltyphus — stand. An der Existenz des Abdominaltyphus kann in diesem Fall nicht gezweifelt werden; es sind dafür genug positive Anhaltspunkte vorhanden. Es unterliegt auch keinem Zweifel, dass der Typhus mit einer Peritonitis complicirt war. Ob aber eine Perforationsperitonitis vorlag oder nicht, ist mit Sicherheit schwer zu sagen. Eine Perforation könnte wohl dagewesen sein, ohne dass später irgend welche Spuren der Communication des Darmlumens mit der Bauchhöhle nachzubleiben brauchten; die Perforationsöffnung konnte ja bald nach ihrem Entstehen durch Adhäsionen verschlossen werden. Dass das möglich ist, beweist mein II. Fall (s. unten), wo bei der Operation eine Oeffnung von 3 mm. Durchmesser im Darm gefunden wurde, in der Bauchhöhle aber nicht nur kein Koth war, sondern auch das serös-eitrige Exsudat des kothigen Geruchs entbehrte. Andererseits sind Fälle bekannt, wo der Inhalt intraperitonealer Abscesse, die sicher nicht mit dem Darminnern communicirten, kothig roch. Wie dem auch sei, da in unserem Fall bei der Abscesseröffnung nichts gefunden wurde, was für eine Communication mit dem Darmlumen gesprochen hätte, halten wir es für richtiger, die Abscessbildung nicht einer Darmperforation zuzuschreiben. Indem wir ferner an unserer, in der oben erwähnten Arbeit ausgesprochenen, Meinung festhalten, dass die allgemeine (Perforations-) Peritonitis beim Typhus immer letal endet, glauben wir auch, dass in unserem Fall das anfängliche Bild der diffusen Peritonitis wahrscheinlich nicht eigentlich durch eine Entzündung, sondern nur durch eine Reizung des Peritoneums zu Stande kam; die Entzündung war auf die Gegend um ein tiefes, bis zur Darmserosa reichendes Geschwür, beschränkt.

Eine andere Frage die sich in diesem Fall von selbst aufdrängt, ist die — welchen Ausgang hätte wohl die Operation genommen, welche wir der Kranken am ersten Tage des Hospitalaufenthaltes proponirten, und die sie zurückwies? Sicher auf diese Frage zu antworten ist auch sehr schwierig. Wenn man unparteiisch urtheilt, muss man zugeben, dass die Kranke durch ihre Weigerung nichts verloren, vielleicht sogar viel gewonnen hat. Die später nöthig gewordene Abscesseröffnung ist eine Bagatelle im Vergleich zu einer richtigen Laparotomie, und dazu noch auf der Höhe des Typhus.

Indem wir diesen Fall als nicht durch Perforation bedingte locale Peritonitis behandeln, gestehen wir eo ipso zu, dass unsere ursprüngliche Diagnose falsch war. Indessen haben wir schon oben bemerkt, dass immerhin im gegebenen Fall die Existenz einer Perforation nicht ganz unmöglich ist; — andrerseits bestätigt dieser Fall unsere, an einem andern Ort ausgesprochene Ansicht, dass es bedeutend schwieriger ist, die Diagnose der Perforation zu stellen, wenn die Kranken dem Arzt zum ersten mal schon mit peritonitischen Erscheinungen vor Augen kommen, als wenn die Typhuskranken schon einige Zeit unter unserer Beobachtung gestanden haben, wo also die Perforation unter unseren Augen erst entsteht. In Fällen der ersten Kategorie ist ein Irrthum immer möglich und aus diesem Grunde beredeten wir unsere Kranke



auch nicht besonders eindringlich, auf die Operation einzugehen.

Um mit diesem Fall zu Ende zu kommen, wollen wir noch erwähnen, dass uns aus der Literatur zwei ähnliche Fälle bekannt sind, die ebenfalls genasen. Es sind das die Fälle von Taylor[2]) und Mc. Call[3]) In keinem von diesen beiden Fällen ist es bewiesen, ob eine Perforation vorlag oder nicht. Im ersten Fall wurden durch Incision einige Liter brauner Flüssigkeit entleert — im zweiten wurden durch Aspiration in 2 Sitzungen 26 Unzen stinkenden Eiters mit Gasen entfernt. Von einem ähnlichen Fall localisirter Perforationsperitonitis berichtete vor Kurzem S. Wladisslawlew[4]) in der Gesellschaft russischer Aerzte. Auch hier wurde bei der Operation keine Perforation gefunden, aber nach einigen Tagen bildete sich eine Kothfistel. Auch dieser Kranke wurde geheilt.

Unseren zweiten Fall wollen wir kurz beschreiben.

II. P. D.. 24 J. a.. wurde am Morgen des 5. October 1897 in das städtische Peter-Paulhospital aufgenommen. Pat. ist seit 12 Tagen nicht im Stande zu arbeiten, bis dahin ist er eine Woche lang unwohl gewesen. — Pat. ist von mittlerem Wuchs, schwacher Constitution, erschöpft. Stimme heiser. Zunge trocken, rissig und belegt. Auf der Brust und dem Bauch Roseola. Leib aufgetrieben, leicht druckempfindlich. Milz lässt sich weder fühlen noch percutiren. Leberdämpfung an normaler Stelle. Puls 92, schwach. Herztöne rein. In den Lungen trockene Rasselgeräusche. Stuhl angehalten. T° 38,6. Diagnose: Typhus abdominalis. — Ord.: Calomel 0,3, 3 Pulver 2-stündlich bis zur Wirkung. Tr. Valer. aether., Spirit. anod. Hoffmanni aa. 3-stündlich 20 Tropfen. Eis auf den Kopf. Compresse échauffante auf den Leib. Bad von 27° R. Milch.

Pat. konnte nur 1 Calomelpulver nehmen, da um 7 Uhr Abends plötzlich heftige Schmerzen im ganzen Leib auftraten, dann Frost, 2 mal Erbrechen. Puls 106. Leib stark aufgetrieben, gespannt und schmerzhaft, besonders rechts. Die Temperatur. die um 4 Uhr 39,4 gewesen war, stieg bis 40°. Der Dujourarzt liess das Calomel aussetzen, es wurde ein Klystier gestellt, wonach etwas Stuhl erfolgte. Ordin: Eis auf den Leib, Opium (stündlich 0.015) innerlich, Morphium subcutan. Darnach liessen die Schmerzen etwas nach. verstärkten sich aber wieder um 2 Uhr Nachts. Puls 108. Gesicht verfallen. Schweiss. Leberdämpfung verschwunden. Noch einmal Erbrechen. Um 8 Uhr Morgens am 6. October wurde der Zustand noch schlechter. Obgleich die Schmerzen im Leibe nachliessen, war der Puls 128, klein.

Als ich den Kranken um 10 Uhr Morgens sah, sah er viel schlechter aus als am Tage vorher. Die Augen eingesunken, das Gesicht verfallen, mit kaltem Schweiss bedeckt. Puls 114, schwach. Athemfrequenz 40. Leib trommelförmig aufgetrieben, gespannt, sehr schmerzhaft, besonders rechts, obgleich nicht so sehr, dass man ihn nicht hätte berühren können. Leberdämpfung verschwunden. Freie Flüssigkeit lässt sich in der Bauchhöhle nicht constatiren. Temp. 38,9°.

Schon um 2 Uhr Nachts war es für den dujourirenden Arzt zweifellos. dass eine Darmperforation eingetreten war mit consecutiver Peritonitis. Die Operation erschien in dieser späten Stunde sehr unbequem und wurde bis zum Morgen verschoben.

Die Operation wurde am 6. October um 1 Uhr Mittags, 18 Stunden nach der Perforation von Dr. R. Wanach ausgeführt. In Narkose (9,0 Chloroform, 0,08 Cocain) Schnitt in der Medianlinie vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich eine geringe Menge serös-eitriger Flüssigkeit, mit Flocken vermischt, ohne Geruch. Die Darmschlingen und das Netz injicirt, stellweise mit fibrinöseitrigem Belag bedeckt. Im unteren Abschnitt des Ileum auf einer grossen Strecke zahlreiche tiefe Typhusgeschwüre (leicht erkennbar durch Palpation und nach den Veränderungen der Serosa). 21,6 Cm. vom Cöcum entfernt (wie es sich später bei der Section herausstellte) fand sich im Centrum eines solchen Geschwürs eine 3 Mm. im Durchmesser haltende Perforationsöffnung. 20 Cm. höher ist ein zweites Geschwür im Durchbruch begriffen. Beide Geschwüre werden mit Czerny-Lembert'schen Nähten übernäht. In die Bauchhöhle werden nach allen Richtungen zahlreiche aseptische Tampons eingeführt. Die Wunde wird offengelassen, Trockenverband. — Der Puls nach der Operation sehr schwach, das Gesicht etwas cyanotisch. Temperatur Abends 37,4. Weder Analeptica noch Kochsalzinfusionen konnten die Herzthätigkeit heben und Pat. starb am Morgen des 8. October (43 Stunden nach der Operation).

Schon während der Operation war es ersichtlich, dass sehr wenig Hoffnung auf einen glücklichen Ausgang vorhanden war: es waren zu viele tiefe Geschwüre da, der Typhus folglich im Höhestadium. Ausserdem war es ein schwerer Typhus, kein sogen. T. ambulatorius, obgleich Pat. fast bis zuletzt auf den Füssen gewesen war. Die Section zeigte, dass die Sache noch weiter gediehen war. Ausser zahlreichen Typhusgeschwüren im Ileum wurde noch ein vereiterter Milzinfarct und ein Abscess in einer Mesenterialdrüse gefunden. Die Sectionsdiagnose lautete: Typhus abdominalis. Peritonitis perforativa et suppurativa circumscripta. Pneumonia catarrhalis acuta duplex inferior non magna. Ulcera typhosa laryngis. Endocarditis vegetativa in valvulis ostii Aortae. Nephritis acuta parenchymatosa non magna. Abscessus lienis et glandulae mesentericae. Dilatatio ventriculi. Pyämia.

Aus dem Sectionsbefund geht hervor, dass die Operation das Ihrige gethan hatte: sie hatte die Peritonitis auf die Umgegend der Perforation beschränkt, überall sonst war die Bauchhöhle ganz trocken und das Peritoneum glänzend. Den Tod abzuwenden war sie nicht im Stande; er erfolgte in Folge der Vergiftung mit dem Typhusgift und der Pyämie.

So ungünstig unser Fall für die Operation war, so günstig sind einige Fälle, die denn auch mit Genesung enden. Ein solcher Fall ist der von A. C. Panton[5]), der nach Erscheinen unserer oben citirten Arbeit publicirt ist, und deshalb in unsere Casuistik nicht aufgenommen werden konnte. Ebenso günstig war offenbar auch der Fall, über den P. Kropowski vor Kurzem in der Gesellschaft russischer Aerzte berichtete.

Um bestimmte Indicationen für die Operation bei der im Verlauf des Abdominaltyphus auftretenden Perforationsperitonitis aufstellen zu können, muss man ein grosses Material zur Hand haben. Deshalb ist es erwünscht, dass nicht nur die glücklich verlaufenen Fälle der Oeffentlichkeit übergeben werden.

Zum Schluss halte ich es für eine angenehme Pflicht. den DDr. A. Kadjan und R. Wanach meinen aufrichtigen Dank für die Ueberlassung dieser 2 Fälle auszusprechen.

[2]) Lancet I, 18, pag. 961. 1890. Ref. in Schmidt's Jahrb. 229, 1891, pag. 67.

[3]) Brit. med. Journal, July 8, 1893.

[4]) Больничная газета Боткина. 1897, pag. 1689.

[5]) Annals of surgery, August 1897

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Zuckerkandl: Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. — Lehmann's med. Handatlanten. Band XVI. München, Verlag von J. F. Lehmann 1897.

Diese gute, wenn auch kleine Operationslehre wird hauptsächlich den Studirenden bei den Uebungen am Cadaver und den nicht beständig chirurgisch wirkenden praktischen Aerzten zur Orientirung nützlich sein.

Sie enthält das allgemein Bekannte und Anerkannte, was jeder Arzt, sei er nun Chirurg oder nicht, wenigstens wissen muss. Der Schwerpunkt liegt nicht im Text, der kaum etwas Neues oder Originelles enthält, sondern in zahlreichen gut gewählten Abbildungen, die schön ausgeführt sind. Im Ganzen sind es 24 farbige Tafeln und 217 Abbildungen im Text (Autotypien). Wanach.

H. Wossidlo: Die Stricturen der Harnröhre und ihre Behandlung. Med. Bibl. für praktische Aerzte 112—115. Leipzig, Druck und Verlag von C. G. Naumann.

Allen, die dieses praktisch so eminent wichtige und häufige Leiden interessirt, sei die kleine aber übersichtliche und dabei die Resultate der modernen Forschung durchweg ausgiebig berücksichtigende Monographie bestens empfohlen. Der praktische Arzt, für den sie ja bestimmt ist, findet darin Alles, was er zu wissen braucht. W.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— R. Hammerschlag empfiehlt die Injection von 5—10%-iger Jodoformglycerinemulsion zur Behandlung scrophulöser Drüsenpackete, bei welchen es zur Eiterung noch nicht gekommen ist, oder bei welchen eine Vereiterung trotz jahrelangen Bestehens der Tumoren überhaupt nicht zu erwarten ist. Nach gründlicher Desinfection des Operationsgebietes in der üblichen Weise wird unter Schleich'scher Anaesthesie die Injection ausgeführt. Bei dem Einstich hat man anfangs einen grossen Widerstand zu überwinden, da man wegen des zähflüssigen Jodoformglycerins ziemlich weite Canülen anwenden muss. Sobald man die Cutis durchstochen hat, gelangt man in nachgiebiges Gewebe und muss die Kraft, mit der man sticht, herabmindern. Die Einzeldosis beträgt 1—2 ccm. Im Allgemeinen soll man wöchentlich eine Injection vornehmen. Innerhalb einiger Wochen oder Monate wird auf diese Weise eine völlige Rückbildung der Drüsen erzielt.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 52, 1897.

— Giuseppe Cipriani hat bei der Behandlung des Milzbrandes (Pustula maligna) sehr günstige Resultate mit der parenchymatösen Injection von 1%-iger Chinosollösung erzielt; gleichzeitig wurden auch mit derselben Lösung getränkte Compressen verabfolgt. Diese Methode erwies sich den Injectionen von 2%-iger Carbollösung und Lapislösung weit überlegen, insofern es zur Ausbildung von Schorfen und Ulcerationen gar nicht kommt: binnen einiger Tage trocknet die Pustel ein und die Entzündung schwindet.

Allgem. med. C.-Zeitg. Nr. 7. 1898.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1269. Sitzung am 20. October 1897.

1) Herr Lunin hält einen Vortrag «Ein Fall von operativ behandelter eitriger Pericarditis».

(Der Vortrag ist für den Druck bestimmt).

(Demonstration des Präparates).

Discussion.

Herr Anders bedauert sehr, das die Fälle von eitriger Pericarditis so selten und relativ spät zur Operation kämen, bei zeitigerer Operation dürfte sich auch die Prognose derselben besser gestalten. Dem gegenüber betont

Herr Kernig die grosse Seltenheit der purulenten Pericarditis. sowie auch die Schwierigkeiten in der Erkennung der eiterigen Natur der Erkrankung.

Herr Moritz bestätigt gleichfalls die Seltenheit der eiterigen Pericarditis, da er trotz grosser Hospitalpraxis die Krankheit selten und auch dann meist erst post mortem auf dem Sectionstisch gesehen hat. Bezüglich einer diagnostischen Probepunction führt er an, dass er dieselbe früher recht oft geübt hat, aber nur sehr zweifelhafte Resultate mit derselben erzielt hat, da es oft vorkam, dass trotz reichlichen Exsudats im Pericardialsacke oft gar nichts aus der Canüle herausfloss, augenscheinlich, weil die Nadel in nicht diagnosticirbare Pericardialadhäsionen gerathen war; auch könne es vorkommen, dass die Nadel in die Herzmusculatur eindringt. Was die Punction grösserer Pericardialexsudate zu therapeutischen Zwecken anbetrifft, so sei dieselbe einestheils aus den schon bei Besprechung der Probepunction angegebenen Gründen nicht sehr indicirt, ferner erlebe man es oft, dass auch ganz enorme seröse Exsudate spontan rückgängig würden. Allerdings komme es vor, dass manche Kranke nach der Punction eine Erleichterung verspüren, selbst da, wo kein Tropfen des Exsudats entleert werde.

Herr Tiling ist geneigt, eine etwaige Punction davon abhängig zu machen, ob bei Lagewechsel ein Deplacement des Herzens stattfindet, d. h. ob beim Vornenüber-Beugen des Kranken der vorher nicht fühlbare Herzchoc nunmehr constatirt werden kann, was in einem solchen Falle darauf hinweisen würde, dass keine grösseren Adhärenzen der beiden Pericardialblätter vorhanden sind. Im Hinblick darauf, dass die meisten Synechien sich am linken Herzen und an der hintern Herzwand vorfinden, dürfte es sich empfehlen, rechts neben dem Sternalrande zu punctiren. Jedoch müsse noch auf eine andere Gefahr der Punction hingewiesen werden, die durch den inconstanten Verlauf der Art. mammaria interna bedingt wird. Jedenfalls wäre es deswegen richtiger, die Entleerung des Herzbeutels durch Schnitt einer solchen durch Punction vorzuziehen.

Herr Kernig sieht in einem bei der Pericarditis fühlbaren Herzchoc kein absolut sicheres Symptom. Dasselbe berechtigt nicht immer zur Annahme eines geringen Exsudates, da wie in einem Falle seiner Beobachtung, selbst bei einem reichlichen serösen Exsudate ein gleichzeitig hypertrophisches Herz einen fühlbaren Spitzenstoss bewirken kann.

Herr Moritz hat sich durch Leichenversuche davon überzeugt, dass es bei der Punktion des Perikards in der That oft nicht ganz leicht ist, die Art. mammaria int. zu vermeiden und würde infolgedessen auch die Schnittoperation einer Punction vorziehen.

Herr Anders schliesst sich dieser Ausführung bezüglich des oft anormalen Verlaufes des Art. mammaria int. an und empfiehlt gleichfalls die Eröffnung des Perikards durch Schnitt, wobei die Arterie leicht zu umgehen wäre. Was ferner die Verletzungen des Herzens anbetrifft, so scheint das Organ — wie zahlreiche, namentlich bei Thieren eingeheilte Kugeln beweisen, sehr tolerant zu sein, soweit natürlich die Verletzung nur den Herzmuskel betrifft und nicht in die Herzhöhle perforirt.

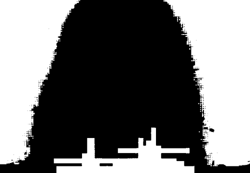
2) Herr Westphalen hält einen Vortrag «Ein Fall von Hysterie mit Achylia gastrica, schwerer mechanischer Insufficienz des Magens und tetaniformen Zufällen-Gastroenterostomie».

Krankengeschichte.

Frau Dr. P. 30 a. n. ist hereditär stark neuropathisch belastet, schon als Kind schwer nervös. Erste Menses mit 14 Jahren. In der Folge bei der Menstruation oft Cardialgien, zuweilen Erbrechen, desgl. in der Nachgeburtsperiode während der Nachwehen.

Vor $3^1/_2$ Jahren erkrankte Patientin ohne nachweisbare Ursache an fast täglichen Cardialgien, die in keinerlei Beziehung zu der Art der zugeführten Nahrung standen. Nach einiger Zeit gesellte sich Erbrechen hinzu. Ein Aufenthalt in der Krim brachte fast momentan Genesung, welche jedoch nur ein halbes Jahr anhielt. Im September 1895 sah Referent Patientin zum ersten Male. Sie war gravid im 5. Monat (4 Gravidität). Es bestanden sehr heftige Cardialgien, welche fast momentan nach der Nahrungsaufnahme eintraten und sehr oft zu Erbrechen führten. Daneben verschiedene andere nervöse Symptome: Globus, Visceralneuralgien, Obstipatio spastica etc. objectiv: starke Abmagerung, hochgradige Splanchnoptose, cutane Anästhesien und Hyperästhesien, erhöhte Sehnenreflexe, starke Druckempfindlichkeit der abdominalen Nervenplexus, pulsirende Bauchaorta etc. — Erscheinungen, welche die Diagnose Hysterie genügend rechtfertigen. Bezüglich des Magens schwankt die Diagnose zwischen neurotischen Cardialgien mit nervösem Erbrechen als Ausdruck einer nervösen Hyperästhesie der Magenmucosa und Ulcus ventriculi. Da sonst keine weiteren Symptome für letzteres Leiden sprachen und nur einmal gelegentlich etwas längere Zeit nach dem Essen erbrochener Mageninhalt sich HCl frei erwies, so musste die Diagnose Ulcus fallen gelassen werden. — Patientin erhielt Argentum nitricum in Lösung vor Tisch, worauf wesentliche Besserung eintrat, welche jedoch leider nur sehr kurze Zeit vorhielt. Im Januar 1896 Entbindung. Gleich nach derselben war Patientin völlig gesund bis zu einer Influenza im Februar, welche alle alten Erscheinungen wieder auslöste. Zu den schon erwähnten Symptomen gesellte sich in bunter Reihenfolge mit einander abwechselnd noch hinzu: Trigeminusneuralgien, Oesophagospasmus etc. Da bei der Patientin eine Retroflexio uteri vorlag, welche möglicherweise, wie solches oft beobachtet wird, in einer Beziehung zu den Cardialgien und dem Erbrechen stehen konnte, so fand eine Consultation mit einem Gynäkologen statt, welcher wohl die Retroflexio bestätigte, jedoch jeden Zusammenhang derselben mit dem Allgemeinleiden in Abrede stellte. Therapeutisch wurde alles mögliche versucht: Brom, Electro- und Hydrotherapie, Mastkur, alles erfolglos. Infolgedessen wurde Patientin nach einer Berathung mit einem Neurologen in Begleitung einer Gesellschafterin in die Anstalt des Dr. Poensgen in Nassau geschickt. Auch hier keine Besserung, ebensowenig während eines Aufenthaltes in Griesbach im Schwarzwalde. Während der ganzen Zeit consequentes Absinken des Körpergewichts. Anlässlich eines Aufenthalts in Heidelberg consultirte Patientin Professor Kussmaul, welcher die Diagnose Hysterie bestätigte und jegliches organische Leiden in Abrede stellte.

Im September 1896 kehrte Patientin nach $4^1/_2$ monatlichem Aufenthalte im Auslande zurück und zwar wesentlich verschlimmert. Die Abmagerung hatte stark zugenommen, das Körpergewicht war auf 38,2 Kilo abgesunken. Die Cardialgien und das Erbrechen waren intensiver geworden, namentlich konnte jetzt aber trotz täglicher Magenspülungen, mit denen schon im Auslande begonnen war, eine schwere mechanische Insufficienz des Magens constatirt werden, da trotz höchst geringer Nahrungszufuhr stets noch Speisereste über Nacht im Magen gefunden wurden. Daneben noch andere Zeichen einer schwer geschädigten motorischen Function des Magens: starker Durst, verringerte Urinsecretion, starke Obstipation. Ferner ein sehr beunruhigendes Symptom, deutlich sichtbare peristaltische Bewegungen des Magens, welche mit einem hörbaren und fühlbaren Durchpressgeräusch in der Regio pylorica endeten. Der Mageninhalt zeigte eine Stunde nach Ewalds Probefrühstück untersucht: fast neutrale Reaction, sehr geringe Veränderung der eingeführten Speisen, Abwesenheit von



Schleim, fehlende HClreaction, kaum angedeutete Peptonreaction, aufgehobene Pepsinverdauung des Eiweissscheibchens. Die elektrische Durchleuchtung des Magens ergab bei einer Belastung des Organs mit 500 ccm. aqua, dass hier ein exquisit ptotischer und vertikal gestellter Magen vorlag. Hervorzuheben ist, dass die Erscheinung der sichtbaren Magenperistaltik sehr inconstant und wechselnd war und stets mit dem erwähnten Durchpressgeräusch endete.

Da die sichtbaren peristaltischen Bewegungen des Magens mit einer starken motorischen Schwäche des Organs combinirt waren, so musste bei der Revision der Diagnose die Annahme einer nervösen peristaltischen Unruhe (Kussmaul) ausgeschlossen werden. Augenscheinlich lag ein Hinderniss am Pylorus vor. Bezüglich der Natur desselben musste eine Ulcusstenose verneint werden, da einestheils der Magen so gut wie gar kein HCl secernirte, anderentheils keinerlei Ulcussymptome vorgegangen waren. Wegen der Inconstanz des erwähnten Symptoms erschien am wahrscheinlichsten die Annahme eines neurotischen Pyloruskrampfes, wofür namentlich auch das erwähnte Durchpressgeräusch sprechen musste. Wegen der Störung des Chemismus und wegen des kaum veränderten Aussehens des Mageninhalts war anzunehmen eine sog. Achylia gastrica. Auf diese Diagnose hin fand eine Berathung des Referenten mit einem Chirurgen und dem Therapeuten Privatdocenten Dr. Wolkoff statt, in welcher die Frage einer eventuell vorzunehmenden Gastroenterostomie discutirt wurde. Von einer solchen wurde vorderhand abgesehen und ein exspectatives Verhalten in Vorschlag gebracht.

Von diesem Moment ab hat Referent die Patientin in Gemeinschaft mit Dr. Wolkoff behandelt. Patientin wurde ganz in's Bett gelegt und entsprechend ihrem Calorienbedürfniss (35—40 Calorien pro Kilo Körpergewicht) ernährt, wobei namentlich der Hauptnachdruck auf Fett gelegt wurde. Daneben täglich Magenspülungen. Während dieser Liegekur allmählich fortschreitende Besserung. Zunahme des Körpergewichts. Verschwinden der sichtbaren Magenperistaltik und des Durchspritzgeräusches, Besserung der motorischen Function des Magens, des Erbrechens und der Cardialgien. Jedoch schritt diese Besserung nur in grossen Schwankungen fort und war stets von Verschlimmerungen unterbrochen. Zu denselben gehörten allerhand Neuralgien im Bereich des Trigeminus, der Rückennerven, des Uterus, der Ovarien, des Magendarmtractus, spastische Zustände des Oesophagus und Darmes mit sog. Enteritis membranacea. Nervöse Störungen der Darmresorption (zeitweise wurden ganz abnorm voluminöse Stühle von normalem Aussehen, aber mit deutlicher Albuminreaction des Filtrats abgesetzt, Zustände, welche Referent, wenn auch selten, bei ähnlichen Neurosen beobachtet hat) etc. — In die Zeit einer Besserungsphase fällt auch der 5-tägige Stoffwechselversuch, welcher vom Referenten an der Patientin ausgeführt wurde und eine gute N assimilation anzeigte. So gelang es, die Patientin von 38,2 Kilo im September bis auf 47,0 Kilo in der Mitte März hinaufzubringen. Da traten die Menses ein, welche seit 2½ Jahren cessirt hatten. Dieselben brachten jedoch statt der erhofften Besserung eine wesentliche Verschlimmerung des Befindens an, eine Thatsache, die auch später stets mit Wiederkehr der Periode beobachtet wurde. Dieser Umstand, sowie namentlich auch der schon erwähnte mehrfach constatirte Zusammenhang der Cardialgien und des Erbrechens mit den Menstruations- und Nachwehenphasen, veranlasste Referenten und Dr. Wolkoff nach Rücksprache mit einem Gynäkologen wieder zur Retroflexio zurückzugreifen, als einem pathologischen Zustand, dessen Beseitigung z. B. durch Ventrofixation, da Pessare effectlos waren, hier möglicherweise indicirt wäre. Jedoch wurde die Operation auf Wunsch der Patientin bis über den Sommer hinausgeschoben.

Im Sommer, den Patientin ohne ärzliche Controlle verbracht hatte, hochgradige Verschlimmerung und Wiederkehr sämmtlicher Erscheinungen, namentlich aber der mechanischen Insufficienz des Magens ohne sichtbare peristaltische Bewegungen desselben und ohne Durchpressgeräusche. Jegliche Therapie erfolglos, auch ein von Professor Ewald anlässlich seines Petersburger Aufenthaltes vorgenommener Versuch einer Hypnose. Vorübergehendes Ansteigen des Körpergewichts bei Rectalernährung. Magenspülungen wurden absolut nicht tolerirt, da Patientin entweder den Schlauch momentan entfernte oder neben demselben erbrach. Dabei fortwährende Abnahme des Körpergewichts bis auf 38,0 Kilo. Die Stagnation des Mageninhalts so hochgradig, dass zuweilen sämmtliche an einem Tage genossenen Speisen in derselben Menge am nächsten Tage entfernt wurden. Lebensbedrohliche Schwäche. Infolgedessen ward nach mehrmaligen Consultationen und eingehender Prüfung der Diagnose (Hysterie, Achylia gastrica, hochgradige mechanische Insufficienz des Magens, nervöser Spasmus pylori (?) die Gastroenterostomie als ultimum refugium und Indicatio vitalis in Vorschlag gebracht. Dieselbe wurde von Dr. Trojanoff ausgeführt. Bei derselben der Magen normal aussehend, der Pylorus normal weit gefunden. — Vorzüglicher Heilungsverlauf. Jetzt 14 Tage post operationem gutes Befinden, anscheinend beginnende Körpergewichtszunahme. — Ca. 1 Woche vor der Operation trat während einer Magenspülung auf einmal verbunden mit Parästhesien (Kriebeln) ein tonischer Facialiskrampf der einen Gesichtshälfte auf. Dauer c. 5 Minuten. Am nächsten Tage während eines Erbrechens Wiederholung desselben. 2 Tage später gleich nach dem Erbrechen erneutes Auftreten des Facialiskrampfes. Daneben jedoch auch tonische Contraction der Musculatur beider Arme, Hände und Finger im Gebiet der Flexoren, verbunden mit Kriebeln in den ergriffenen Theilen. Dauer ca 1½ Stunden. Am darauffolgenden Tage, unmittelbar nach einer schmerzhaften NaCl-Infusion in die Bauchhaut, erneuter ähnlicher, aber nur wenige Minuten dauernder Anfall ohne Affection des Facialis. Während desselben kein Facialisphänomen, kein Trousseau's Phänomen, auch keine gesteierte mechanische Erregbarkeit der Muskulatur der afficirten Theile. Da es sich hier sicher nicht um hysterische Krampfzustände handelte, so müssen dieselben als tetaniforme Zufälle gedeutet werden, wie solche unter seltenen Verhältnissen bei Kranken mit schwerer motorischer Magenschwäche beobachtet werden. — Zum Schlusse giebt Referent eine kurze Uebersicht über die immerhin noch sehr wenig zahlreichen Fälle von Tetanie bei der sog. Magendilatation. Dieselben sind zuerst von Kussmaul beschrieben und auf eine Wasserverarmung der Gewebe bezogen worden. In der Folge ist die Tetanie namentlich von Bouveret und Devic als eine acute Intoxicationserscheinung aufgefasst worden. Nach denselben soll sich dieses Gift im HClreichen gleichzeitig im Magen abnorm lange stagnirenden Inhalt, hauptsächlich unter directer Beeinflussung von Alkohol bilden. Diese Annahme hat durch Fleiner ihre Widerlegung gefunden, welcher ähnliche Zustände auch bei fehlendem HCl im Magen gesehen hat.

Nach Fleiner empfiehlt es sich scharf zu unterscheiden zwischen der richtigen Tetanie oder tetaniformen Anfällen, beide werden im directen Anschluss an die Entleerung stagnirenden Mageninhalts beobachtet.

Bei der Tetanie findet sich stets das Facialis — oder Trousseausche Phänomen, sowie die gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Musculatur. Die Tetanie ist eine schwere Autointoxication und bedingt eine sehr ungünstige Prognose. Im Gegensatz hiezu geben tetaniforme Zufälle keine so schlechte Beurtheilung des Krankeitsfalles. Ihnen fehlen die erwähnten Symptome der Tetanie. — Den tetaniformen Anfällen liegt keine Autointoxication zu Grunde, sondern eine besondere nervöse Veranlassung, möglicherweise wirkt hier auch Wasserverarmung der Gewebe als disponirendes Moment mit.

Hiezu bemerkt Referent, dass in seinem eben mitgetheilten Falle eine solche Wasserverarmung völlig ausgeschlossen war, da Patientin infolge reichlicher Verweilclysmata stets reichlich Urin secernirte.

(Schluss folgt).

Dr. med. Otto von Essen †.

Am 11. Januar dieses Jahres kam die Trauerbotschaft aus Davos, dass unser College Dr. med. Otto von Essen in der Blüthe der Jahre einem verhältnissmässig rasch verlaufenden Lungenleiden erlegen ist. Wohl Niemand hatte es geglaubt, dass diesem jungen hoffnungsvollen Leben ein so jähes Ende gesetzt würde. Hoffnungsfreudig mit mancherlei Zukunftplänen sich tragend sahen wir den Verstorbenen vor ca. 2 Monaten aus unserer Mitte scheiden, um im besseren Klima die Wiederherstellung seiner Gesundheit zu suchen. Sein Tod reisst eine empfindliche Lücke sowohl in dem engen Freundenkreise, als auch unter den zahlreichen deutschen Aerzten Petersburgs, unter denen er sich eine geachtete Stellung errungen hatte. Wer Gelegenheit hatte ihn kennen zu lernen schätzte an ihm seine ideale Lebensauffassung, die er sich aus den Studentenjahren auch im Kampfe des Lebens bewahrt hatte. Stets wusste er an seinem Nächsten die guten Seiten herauszufinden, niemals scheute er sich auch dem Höherstehenden gegenüber für Wahrheit und Recht einzustehn. Ritterlichkeit und Bescheidenheit waren die Grundzüge seines Charakters. Sein Beruf war ihm heilig und theuer, an der Ausbildung dazu hat er mit seltener Gewissenhaftigkeit bis zu seiner Erkrankung gearbeitet.

Otto von Essen wurde am 5. December 1862 zu Angern in Kurland geboren. Seine Gymnasialbildung erhielt er im Gouvernements-Gymnasium zu Dorpat in den Jahren 1873—1880. Im I. Sem. 1881 bezog er die Universität Dorpat, um Medicin zu studiren. Er gehörte der Corporation Neobaltia an, unter deren Gliedern er eine geachtete Stellung ein-

nahm. Nach Absolvirung des Arztexamens im Jahre 1887 war er als Assistent an der Medicinischen Universitätsklinik thätig. Im I. Sem. 1889 bestand er das Doctorexamen und wurde am 5. December 1889 zum Doctor der Medicin promovirt. Bald darauf reiste Dr. v. E. ins Ausland um sich noch weiter zu vervollkommnen. Im Verlauf von 1½ Jahren beschäftigte er sich in den Kliniken von Berlin, Wien und Paris vorwiegend mit Hautkrankheiten, welcher Specialität er sich in der Zukunft ganz zu widmen gedachte. Nach der Rückkehr aus dem Auslande liess er sich in Petersburg nieder. Sein erster Wirkungskreis war am Obuchow-Frauenhospital. Bald jedoch sehen wir ihn seine Thätigkeit unterbrechen, um sich im Sommer und Herbst 1892 im Gouvernement Saratow an der Bekämpfung der ersten Choleraepidemie zu betheiligen. Im folgenden Jahre 1893 trat die Cholera in Petersburg auf. Damals wurde ihm die Behandlung der Kranken der Cholerabaracke des Obuchow-Frauenhospitals übertragen. Seine Erfahrungen über diese Epidemie legte er in einer Arbeit, die in russischer Sprache in der Hospitalzeitung Botkin's erschienen ist, nieder. Seine Vorliebe für das Studium der Hautkrankheiten war der Grund, weshalb er sich bald darauf als Ordinator ins Kalinkinhospital überführen liess, wo er mehrere Jahre lang thätig war. Gleichzeitig stellte er auch dem deutschen Alexanderhospital seine Kenntnisse zur Verfügung, indem er dort Jahre hindurch als Ambulanzarzt fungirte. Ebenso arbeitete er jahrelang in der Ambulanz der Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, bis ihn die tödtliche Krankheit aus der Arbeit riss.

Ausser seiner Doctordissertation, die über Oberschenkelamputationen handelt und aus der Klinik von Wahl's stammt, wie auch der obenerwähnten Beschreibung der Choleraepidemie hat v. E. mehrere kleinere dermatologische Arbeiten publicirt. Eine bacteriologische Untersuchung über den Krankheitserreger der Trichorrhexis nodosa war seine letzte Arbeit.

Friede seiner Asche, theurer Freund und College, wir wahren Dir ein gutes Andenken! B.

Vermischtes.

— Von dem Veterinär-Institut in Jurjew (Dorpat) sind anlässlich des 50-jährigen Jubiläums dieses Instituts unter Anderen der Ober-Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Dr. Remmert und der Professor emer. des genannten Instituts Dr. med. Alex. Rosenberg zu Ehrenmitgliedern gewählt worden.

— Ernannt: Der Chef des Mobilisationswesens der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Archangelski — zum beständigen Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités, unter Enthebung von seinem gegenwärtigen Amte, und der ausseretatmässige Consultant des St. Petersb. Ssemenow'schen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Iwanow — zum berathenden Mitgliede des milit.-medicinischen gelehrten Comités, unter Belassung in seiner gegenwärtigen Stellung.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem älteren Arzt der 4. Flotteneqnipage, Dr. Schidloswski.—Der St. Annen-Orden II. Classe — dem ord. Prof. der Kasanschen Universität, Dr. Lewaschew (Therapeut), dem ausserord. Prof. der Moskauer Universität Dr. N. Filatow (Pädiater). — Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Prof. der gerichtl. Medicin in Jurjew (Dorpat) Dr. Ignatowski.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Prosector und ält. Ordinator am St. Petersb. Marine-Hospital, Dr. Usskow, für Auszeichnung im Dienst als Mitglied des Kais. Instituts für Experimental-Medicin.

— In Witebsk beging vor Kurzem der dortige Gouvernements-Medicinalinspector Dr. A. J. Sslawatinski das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Aerzte des Gouvernements haben 465 Rbl. gesammelt zur Gründung eines Kapitals auf den Namen des Jubilars, dessen Zinsen zur Erziehung von Kindern der Aerzte verwandt werden sollen.

— Der ausserordentliche Professor der chirurgischen Pathologie an der Charkower Universität, Dr. L. Orlow, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 16/28. Januar in Heidelberg der Professor der Pharmakologie an der dortigen Universität, Dr. Woldemar v. Schröder, im 48. Lebensjahre am Herzschlage. In Dorpat als Sohn des ausgezeichneten Gouvernements-Schuldirectors Jul. v. Schröder geboren, erhielt er daselbst seine Schulbildung und bezog dann i. J. 1869 die damals in voller Blüthe stehende Universität Dorpat behufs Studiums der Medicin. Leider sah er sich bereits nach 2 Jahren durch ein chronisches Kopfleiden gezwungen jeder concentrirten geistigen Beschäftigung zu entsagen und beschäftigte sich in Folge dessen einige Jahre in Dorpat und Riga praktisch mit der Photographie. Inzwischen hatte sich sein Gesundheitszustand soweit gebessert, dass er 1874 seine wissenschaftlichen Studien in Dorpat wieder aufnehmen und nun dem Studium der Chemie sich widmen konnte. Nach Erlangung des Candidatengrades arbeitete er im Leipziger physiologischen Institut unter Prof. Ludwig und dann im pharmakologischen Institut unter Prof. Schmiedeberg in Strassburg, wo er sich auch 1883 als Privatdocent für Pharmakologie habilitirte. Als i. J. 1890 in Heidelberg ein pharmakologisches Institus eingerichtet wurde, erhielt Schröder die Professur der Pharmakologie und die Direction der neuen Anstalt, aus welcher im Laufe der Jahre eine grosse Anzahl werthvoller Arbeiten hervorgegangen sind. In Schröder ist ein treuer Sohn seiner baltischen Heimath und wiederum einer aus der Reihe der Jünger der alten Dorpater Universität hingeschieden, welche auch im Auslande zu dem guten Ruf und dem Ansehen ihrer Bildungsstätte durch tüchtige wissenschaftliche Arbeit beitrugen. — 2) Am 10/22. Januar in Davos der hiesige Arzt, Dr. Otto v. Essen, im soeben vollendeten 35. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1881—89 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde liess er sich als Arzt in St. Petersburg nieder, wo er auch an der Ambulanz des deutschen Alexanderhospitals und einer Gemeinschaft barmherziger Schwestern thätig war. — 3) In St. Petersburg der ehemalige ältere Arzt am hiesigen Invalidenhause Kaiser Paul I., wirkl. Staatsrath Gottfried Hofmann, im Alter von 85 Jahren. Die ärztliche Praxis übte er seit 1841 aus. — 4) In Philadelphia der ehemalige Professor der Physiologie an der pannsylvanischen Universität, Dr. Allen, in hohem Alter.

— In den letzten Tagen des December-Monats feierte der Ehrenleibmedicus Dr. A. J. Baikow das 25-jährige Jubiläum als Docent an der Schule für Feldscherinnen beim hiesigen Roshdestwenski-Hospital. Bei dieser Gelegenheit wurde ihm von den Collegen am Hospital ein goldenes Jeton und von seinen früheren Schülerinnen eine Adresse überreicht.

— Die zum Andenken an den Academiker Baer gestifteten Preise sind von der Academie der Wissenschaften diesmal dem Professor Werigo (Odessa) für seine Arbeit über die Bedeutung der weissen Blutkörperchen, dem Professor Korotnew für seine embryologischen Arbeiten und Dr. Weinberg für seine anatomisch-anthropologischen Forschungen zuerkannt worden.

— Dem dirigirenden Arzt der Abtheilung für Augenkrankheiten in der Berliner Charité Dr. Rich. Greeff ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Professor der Physiologie an der «Royal Institution», Dr. Waller, hat sein Amt, das er seit einem Jahre bekleidet, niedergelegt, weil ihm keine Mittel zur selbstständigen Forschung in seiner Wissenschaft geboten wurden. Wie wenig für diese Wissenschaft in England gethan wird, beweist die Thatsache, dass die reiche «Royal Institution» nicht einmal einen kleinen eigenen Raum für die Physiologie besitzt.

— Die verstorbene Moskauer Philanthropin W. A. Alexejew hat der Stadt Moskau ein Kapital im Betrage von 250,000 zur Errichtung einer Augenheilanstalt für Arme in Moskau testamentarisch vermacht.

— Bei dem bacteriologischen Institut in Kiew ist ein Asyl für Kranke, welche mit den Pasteur'schen Impfungen gegen die Hundswuth behandelt worden. Die Mittel zur Errichtung dieses Asyls, welches 20 Betten enthält, sind im Betrage von 10,000 Rbl. von A. N. Tereschtschenko hergegeben; ausserdem hat der reiche Zuckerfabrikant L. J. Brodski 1200 Rbl. zur Anschaffung von Mikroscopen und nothwendigen Apparaten gespendet.

— Der X. Congress russischer Naturforscher und Aerzte, welcher wegen des Moskauer internationalen medicinischen Congresses aufgeschoben wurde, wird vom 21—30. August dieses Jahres in Kiew unter dem Präsidium des Professors J. Rachmaninow abgehalten werden. Für die drei medicinischen Sectionen sind folgende Einführende gewählt worden: Prof. M. A. Tichomirow — für die Section der Anatomie und Physiologie, Prof. Podwyssotzki, für die Section der theoretischen (!) Medicin und Prof. Orlow für die hygienische Section.

— Der VII. Congress russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow wird nicht, wie in der vorigen Nr. irrthümlich angegeben, in diesem Jahre, sondern vom 28. April bis 5. Mai 1899 statfinden.

— Das deutsche Reichscomité für den XII. internationalen Congress in Moskau hat vor Kurzem erst in einer Schlusssitzung unter Prof. Virchow's

Vorsitz seine Thätigkeit beendet. Nach dem Bericht des Schatzmeisters haben 700 deutsche Aerzte durch Vermittelung des Comités ihre Mitgliedsbeiträge (in Summa 14000 Mark) eingezahlt. — Allen den Moskauer Studenten, welche während des Congresses die Fürsorge für die fremden Gäste übernommen hatten, ist seitens des deutschen Reichscomités ein künstlerisch ausgestattetes Dankschreiben mit Virchow's eigenhändiger Unterschrift zugesandt worden.

— Beim Berliner Institut für Infectionskrankheiten wird eine Abtheilung für Hydrophobie und Pasteur'sche Schutzimpfungen eingerichtet. Die Leitung derselben wird Prof. Dr. Rich. Pfeiffer übernehmen.

— Das von der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte auf dem Gute Taïzy (an der baltischen Bahn) zu Beginn dieses Jahres eröffnete «Sanatorium für Schwindsüchtige» kann fürs Erste nur 20 männliche Lungenkranke aufnehmen; später sollen auch weibliche Kranke Aufnahme finden.

— Vacanzen für Aerzte: 1) Im Gouv. Tobolsk mehrere Dorfarztstellen mit 1200 Rbl. Gehalt und den für Sibirien geltenden Dienstprivilegien. Gesuche sind an den Gouverneur von Tobolsk unter Beifügung des Diploms zu richten. 2) Arztstelle an der Rykow'schen Heilanstalt auf der Insel Sachalin. Gehalt 2000 Rbl. nebst freier Wohnung. Anmeldung per Telegramm auf den Namen des Gouverneurs.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Jan. d. J. 8379 (140 mehr als in d. Vorw.), darunter 844 Typhus — (32 mehr), 909 Syphilis — (37 mehr), 185 Scharlach — (3 wen.), 202 Diphtherie — (10 wen.), 37 Masern — (6 wen.), und 64 Pockenkranke — (2 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. Januar 1898

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	322	667	154	50	111	21	5	17	56	58	57	46	47	28	15	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 10, Scharlach 16, Diphtherie 46, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 5, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 69, Todtgeborene 48.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 3. Februar 1898.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Februar 1898.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Дозв. ценз. Спб. 24 Января 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, (5. Februar) 24. Januar 1898

Ein Fall von disseminirter Sclerose bei einem 9-jährigen Knaben.

Von

Dr. med. Z. Schabad.

(Vortrag, gehalten in der Wilnaer medicinischen Gesellschaft. den 12. Juni 1897).

Die multiple Sclerose des Rücken- und Kopfmarkes (Sclerose en plaques disséminées, Disseminated sclerosis) wird gewöhnlich im Alter von 20—35 Jahren beobachtet. Bei Kindern und alten Leuten trifft man diese Krankheit sehr selten. In einigen Fällen multipler Sclerose bei Erwachsenen erwähnen die Autoren nachträglich, dass die ersten prodromalen Erscheinungen dieser Krankheit schon im frühen Kindesalter bemerkt werden (Oppenheim). In manchen Fällen war die Krankheit angeboren (Pollak, Eichhorst). In Bezug auf eine Erklärung von Futzke (Diss.), dass die multiple Sclerose angeblich hauptsächlich dem Kindesalter gehört, bemerkt ein so erfahrener Arzt, wie Sachs (Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters, Wien, 1897, pag. 274), dass der jüngste Knabe, bei dem er die Symptome dieser Krankheit beobachtet, 14 Jahre alt, und der Anfang des Leidens nicht früher, als im 10. Lebensjahre bemerkt wurde. Marie, der im Jahre 1883 drei Fälle von Sclerose en plaques bei Kindern veröffentlichte, gab nachher diese Diagnose auf, indem er hinzufügte, dass diese Krankheit bei Kindern sehr selten vorkomme (Ibid.).

In Anbetracht dessen halten wir es nicht für uninteressant einen Kranken zu demonstriren, der die Symptome einer ausgesprochenen Sclerose en plaques darbietet, die übrigens etwas von dem gewöhnlichen Verlaufe abweicht.

Bronislaw S., 9 Jahre alt, wurde mir von seinen Eltern, Bauern aus der Umgebung Wilna's gebracht. Beide sind sie gesund. Der Vater ist 40 Jahre, die Mutter 31 Jahre alt. In der Familie wurden keine Nervenkrankheiten beobachtet. Sie sind 15 Jahre verheirathet, hatten 8 Kinder, der Kranke ist das vierte unter ihnen. vor und nach ihm sind je 3 Geschwister in den ersten Monaten oder Jahren ihres Lebens verstorben. Ein Abort. Eine Schwester von 4½ Jahren lebt und ist gesund. Keine Spuren von Syphilis bei den Eltern. Der Patient wurde vollständig ausgetragen und gesund geboren; die Mutter stillte ihn selbst. Zu gehen fing er im zweiten Lebensjahre an. Von Krankheiten machte er Masern und Scharlach durch. Letzterer hatte einen schweren Verlauf, Oedeme wurden aber nicht beobachtet. Im 8. Lebensjahre besuchte Patient die Schule. Fähigkeiten hatte er gute und im Verlaufe des Winters lernte er lesen. Schon damals (vor 1½ Jahren) merkten die Eltern, dass beim Kinde die Hände zittern. Die Schwäche und das Zittern der Hände verstärkten sich allmählich, so dass der Kranke nicht im Stande war selbst zu essen. In kurzer Zeit wurden auch die Beine schwach ebenso die Sprache. Der Patient fing an oft hinzufallen, wackelte beim Gehen, indem er die Beine schleuderte. Der Knabe merkte selbst, dass es ihm leichter ist zu laufen, als langsam zu gehen. Zu Weihnachten nahm der Vater den Kranken ins Bad mit; dort wurde ihm übel, er erbrach und wurde schliesslich ganz abgeschwächt nach Hause gebracht. Seit jener Zeit progressirte die Krankheit schnell. Ungefähr 14 Tage vor Ostern des laufenden Jahres wurde der Kranke wieder ohnmächtig; er blieb ca. 8 Tage bewusstlos; nachher trat wieder eine Besserung ein.

Im letzten Halbjahre consultirte der Kranke einige Aerzte. Der eine nahm es für Rheumatismus und verordnete Bäder, der andere — für eine Rückenmarksgeschwulst und verordnete Jod. Die Untersuchung der Augen ergab ein negatives Resultat.

Status praesens am 14. Mai. Patient ist mittelmässig gebaut und ernährt. Die Haut- und Schleimhautfärbung ist normal. Der Umfang des Kopfes 51 cm., — Querdurchmesser (Distanz zwischen den Scheitelbeinen) 14,5 cm., der Längsdurchmesser von der Glabella bis Hinterhauptbein) — 17,25 cm., Distanz zwischen Kinn und Foramen occipitale — 20 cm. Keine Schädelasymmetrie. Die Bewegungen des Kopfes sind in allen Richtungen frei. Die Pupillen sind von normaler Grösse, reagiren normal. Die Augenmuskeln functioniren normal. Nystagmus bei Bewegung der Augen in horizontaler Richtung. Augenhintergrund ist normal (Dr. G. J. Romm). Die oberen Verzweigungen des N. facialis (Stirne, Schläfen) sind normal. Die rechte Nasolabialfurche ist weniger ausgesprochen. Der rechte Mundwinkel ist niedriger, als der linke. Zu pfeifen ist Pat. nicht im Stande. Beim Aufblasen des Mundes, bläht sich die rechte Wange weniger, als die linke, auf. Aus der rechten Mundhälfte starker Speichelfluss (Paresis des unteren Zweiges des rechten Facialis). Die Zunge sieht beim Ausstrecken etwas nach rechts; an ihr sind fibrilläre Zuckungen zu bemerken. Die Masseteren sind normal. Pat. sieht und hört gut. Die Uvula steht gerade, die

Beweglichkeit der Bogen ist normal. Tast- und Schmerzempfindung ist am Gesichte normal. Die Sprache des Patienten ist charakteristisch: eine singende, scandirende. Der Pat. ermüdet schnell beim Sprechen, verschlingt Buchstaben, weshalb die Sprache undeutlich wird. Zur Undeutlichkeit der Sprache trägt noch das Ausfliessen des Speichels aus dem rechten Mundwinkel bei. Beim Sprechen charakteristischer Tremor des Kopfes. — Das Schlingen ist normal.

Brustumfang — 61 cm. Die Muskeln der rechten Brusthälfte, hauptsächlich des rechten Arms, sind dünner als links. Druck auf die Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten, besonders der unteren, ist empfindlich. Die Muskeln des rechten Oberarms sind schlaff.

Der Umfang des Oberarms im oberen Drittel ist rechts 18,0 cm, links 19,0 cm.

Der Umfang des Oberarms im mittleren Drittel ist rechts 17,5 cm., links 18,0 cm.

Der Umfang des Oberarms im unteren Drittel ist rechts 17,5 cm., links 18,0 cm.

Der Umfang des Vorderarms im oberen Drittel ist rechts 17,75 cm., links 18,25 cm.

Der Umfang des Vorderarms im mittleren Drittel ist rechts 15,5 cm., links 16,5 cm.

Der Umfang des Radiocarpalgelenks ist rechts 13,0 cm., links 13,5 cm.

Die Muskelkraft der oberen Extremität ist rechts bedeutend schwächer, als links. Den rechten Arm hebt der Kranke mit Mühe, nur bis zur horizontalen Linie, wobei die Brust nach vorn herausragt und der ganze Rumpf in einen zitternden Zustand kommt; auch in dieser Lage ist der Kranke nicht im Stande den Arm mehr als eine Minute in der Höhe zu halten und bald fällt der Arm herunter. Bei passiven Bewegungen merkt man eine bedeutende Rigidität infolge von Spasmus der Strecker.

An den beiden Oberextremitäten (rechts mehr als links) ist eine ausgesprochene Ataxie, richtiger eine Incoordination. Letztere kommt dadurch zum Ausdruck, dass jede willkürliche Bewegung von Zittern der Extremitäten begleitet wird. Das Zittern verstärkt sich, wenn der Kranke weiss, dass man ihn beobachtet, oder wenn man ihn auf die eine oder andere Bewegung hinweist. Beim Versuch mit einer Feder irgend einen Punkt zu treffen, macht der Pat. viele zitternde Bewegungen (Intentionszittern).

Die Function der Brustmuskeln, die die Athmung bewirken, ist normal. Der M. pectoralis ist rechts schlaffer, als links. Die Wirbelsäule zeigt keine Veränderungen. Im Bette liegt der Kranke zusammengebogen, aber dreht sich selbst um. Pat. sitzt unsicher, biegt den Kopf nach rechts, streckt die Brust vor und stützt sich auf die Arme, um nicht hinzufallen. Zeitweise tritt allgemeines Zittern ein, sowohl beim Sitzen als auch beim Liegen. Stehen kann er nicht ohne Unterstützung; auch beim Stützen am Arme zittert er sehr, der Rumpf wird nach vorne geneigt, die Beine auseinandergestellt. Eine kurze Zeit kann er stehen, indem er mit beiden Armen sich auf zwei Stühle stützt. Der Gang mit Unterstützung ist ein gemischter; ein spastisch-paretisch-atactischer. Das rechte Bein wird mit Mühe gehoben, das linke wird nach vorne geschleudert; dabei stützt sich der Kranke nur auf die Zehen. Oft bemerkt man Kreuzung der Beine. Bei verschlossenen Augen ist das Gehen und Stehen erschwert.

Die unteren Extremitäten sind gleich genährt. Die Contracturen sind hier ausgesprochener, als in den oberen Extremitäten. Es gelingt einen Fussclonus zu bewirken. Pes equinus: Wenn der Kranke sitzt oder sich auf den Boden stützt, befindet sich der Fussrücken in einer Ebene mit dem Unterschenkel und bildet mit demselben gar keinen Winkel.

Die electrische Erregbarkeit ist erhöht; beim Reizen der Peronei kann man klonische Krämpfe derselben und allgemeines Zittern bewirken.

Das beschriebene Bild ist so vielgestaltig, dass es auf keine der uns bekannten Krankheitsformen, ausser multipler Sclerose, bezogen werden kann. Von cerebralen Erkrankungen könnten wir an eine cerebrale Diplegie (meningeale Haemorrhagie des Kindesalters) denken und zwar an 2 Gruppen (von 4), die Freund (zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters, Wien 1893), als 1) Hemiplegia spastica bilateralis und 2) Allgemeine Starre, die unter dem Namen der Little'schen Krankheit bekannt ist, bezeichnet hat. Diese Formen beginnen aber mit ihrer Entwickelung im frühen Kindesalter, sogar schon von der Geburt an; mit der Zeit bessert sich der Zustand der Kranken und wird durch eine allgemeine Rigidität der Muskeln charakterisirt. Wenn eine Gehirngeschwulst das Intentionszittern verursachen würde, wäre sie doch nicht im Stande alle die bei unserem Kranken beobachteten Erscheinungen zu erklären. Ausserdem hat Pat. keine der allgemeinen Symptomen (Kopfschmerz, Neuritis optica, etc.), die eine Gehirngeschwulst charakterisiren.

Die Kinderlähmung (eine beiderseitige) mit der man diesen Fall verwechseln könnte, beginnt acut, meistens rapid, und wird durch Lähmung der Extremitäten charakterisirt, die in allen Extremitäten stabil wird.

Von functionellen Erkrankungen könnte man an Paralysis agitans, bei der die willkürlichen Bewegungen von Zittern der Extremitäten und des Rumpfes begleitet werden, denken. Diese Krankheit aber kommt nur im Alter über 40 Jahre vor und da ist das Zittern regelmässiger und rhythmischer, als bei multipler Sclerose. Die Hysterie kann man ausschliessen wegen der Schwere und Stabilität der Symptome.

Von den Rückenmarkskrankheiten erinnert dieser Fall an die Form der primären spastischen Paraplegie, die bei Kindern auftritt, derer Erscheinungen hier auch wirklich vorhanden sind; aber der Zustand der oberen Extremitäten, die scandirende Sprache, der Nystagmus können nicht durch die alleinige Affection der Seitenstränge erklärt werden. Ausserdem entwickelt sich die primäre Seitensclerose acut, während in unserem Falle die Entwickelung der Krankheit eine langsame war. Eine grosse Aehnlichkeit hat unser Fall mit der Friedreich-schen Krankheit Aber das Fehlen der Heredität, Erhöhung des Kniereflexes, die Incoordination der oberen Extremitäten, die ausgesprochen scandirende Sprache und der verhältnissmässig rasche Verlauf sprechen gegen diese Diagnose.

Per exclusionem kommen wir zum Schluss, dass wir es hier mit einer disseminirte Sclerose des Rückenmarkes und des Hirns zu thun haben. Nur auf Grund dieser Diagnose kann die Vielgestaltigkeit dieses Krankheitbildes im Grossen und Ganzen erklärt werden. Wie bekannt, wird die Sclerose en plaques dadurch charakterisirt, dass im ganzen Centralnervensystem sclerotische Heerde ausgestreut sind. Sie beginnen gewöhnlich in der weissen Substanz und gehen von hieraus auch auf die graue Substanz über. In unserem Falle weisen die spastische Paraplegie der Beine, Erhöhung der Muskelerregbarkeit (Erhöhter Reflex, Fussclonus) vor allem auf eine Affection der Pyramidenstränge. Da die Krankheit mit einer Schwäche der oberen Extremitäten begann, so kann man vermuthen, dass die sclerotischen Herde zuerst im Brustmarke entstanden sind, die eine secundäre Degeneration der Pyramidenstränge bedingten.

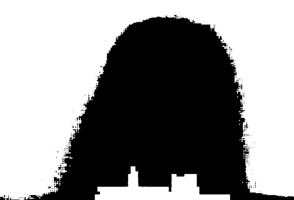
Ein Fall von Hemiatrophia faciei et cranii sin. congenitae.

Von
Dr. med. Z. Schabad.

(Vortrag, gehalten in der Wilnaer medicinischen Gesellschaft, den 12. Juni 1897).

Alexander D—ski, 11½ Jahre alt — das 5. Kind seiner Eltern. Vor und nach ihm zwei zweijährige Geschwister an Durchfall verstorben. Die übrigen Geschwister sind gesund. Vater und Mutter auch gesund und 50 Jahre alt. Das Kind ist normal geboren ohne Asphyxie. Die Mutter erinnert sich genau, dass schon gleich nach der Geburt beim Kinde das linke Ohr eigenartig verbogen und das Gesicht und die Nase schief waren. Der Knabe wuchs normal und wurde von der Mutter selbst ca. 1 Jahr genährt. Trotz schlechter Lebensbedingungen (der Vater des Knaben ist Tischler) hatte das Kind, abgesehen von einem leichten Typhus und Masern keine besondere Leiden. Die Dentition trat wie bei den übrigen Kindern, am Schlusse des ersten Lebensjahres ein, im 2. Lebensjahre fing er an zu gehen. Seit einem Jahre besucht er die Schule — und mit gutem Erfolge.

Stat. praes. Pat. ist mittelmässig gebaut, ebenso genährt. Körpergewicht 1 Pud 24 Pfund. Die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind etwas blass. Das subcutane Fettgewebe wenig entwickelt, Muskulatur von ziemlicher Entwickelung Am Brustkorbe sind Reste von Rachitis zu merken. Diame-



ter Sterno-vertebralis — 15½ ctm. Brustumfang (bei emporgehobenen Armen) — 61 ctm. Körperlänge 124 ctm.

Beim ersten Blicke auf den Kranken (s. Photographie) fällt eine ausgesprochene Assymetrie des Gesichtes und des ganzen Kopfes auf, und zwar eine Verkleinerung der linken Hälfte des letzteren. Es handelt sich nicht um Atrophie der Haut



und des unterliegenden Gewebes, wie man es bei Hemiatrophia facialis findet, sondern eine Umfangsverkleinerung der ganzen linken Kopfhälfte. Die Stirn ist links niedriger, als rechts und die linke Hälfte des behaarten Schädeltheils ist, im Vergleiche mit der rechten, ausgesprochen verkleinert. Ebenso verkleinert ist die linke Wange, das linke Ohr ist entstellt. Im Ruhezustande bilden sich an der linken Stirnhälfte, mehr nach aussen, unregelmässige Querfalten, wie bei einer rechtsseitigen Facialislähmung. Aber beim Falten der Stirne (was am besten durch Streicheln der Haut am Nasenrücken erreicht wird) bilden sich auf der rechten Stirnhälfte horizontale Falten, die hier besser ausgesprochen sind und höher und regelmässiger gehen, als links. Die Augenhöhle ist links kleiner, als rechts; die linke Augenbraue ist links weniger behaart. Das linke obere Augenlid, besonders im oberen äusseren Winkel, wird nicht vollständig geöffnet (Blepharospasmus). Der Augapfel und die Pupille sind normal. Der Patient sieht gleich gut mit beiden Augen. In der Ruhe ist die Nasolabialfurche links mehr bemerkbar, als rechts, was auf eine Contractur des m. zygomaticus hinweist. Die Nase sieht nach links, der linke Nasenflügel ist kleiner als der rechte. Beim Zeigen der Zähne wird der Mund vollständig unregelmässig. Die Oberlippe wird mehr nach rechts verzogen (der rechte Zygomaticus arbeitet besser), die Unterlippe hängt rechts etwas herunter (schwache Wirkung des m. depressor labii infer.). Auch in der Ruhe bildet die Lippenspalte eine schiefe Linie, die links höher als rechts geht. Die Länge der linken Oberlippenhälfte ist bedeutend kleiner, als die der rechten. Aufgeblasen werden beide Wangen im gleichen Grade. Beim Pfeifen (das gelingt dem Patienten sehr gut), hängt die Unterlippe rechts etwas herunter. Die linke Kinnhälfte ist kleiner, und der ganze untere Winkel des Gesichtsovals ist mehr abgeflacht, als rechts. Die Falte zwischen der Unterlippe und dem Kinne geht links niedriger als rechts.

Besonders ausgesprochen ist der Unterschied zwischen den beiden Gesichtshälften beim Lachen. Das Gesicht erhält einen weinenden Ausdruck. Das linke Auge schliesst sich, wobei sich um das Auge viele Falten bilden, von denen einige bis zum Ohre ziehen — augenscheinlich in Folge von starker Contraction des m. orbicularis palpebr. Unten, an der Wange bilden sich noch einige Falten, die horizontal und um den Mund gehen. Der Mundwinkel, die Nasenspitze, das Kinn sind nach links gerichtet (Contractur des linken Zygomaticus). Rechts sind die Falten mässig ausgesprochen. Wir führen einige Daten über Messung der Brust und des Kopfes an.

	Rechts.	Links.	Ganzer. Umfang.
Der Umfang des Brustkorbes um die Brustwarze bei herabhängender Oberextremität, von der Wirbelsäule bis zur Mitte des Sternums unter den Scapularwinkeln	33,0	30,5	63,5
Die Distanz der Brustwarze bis zur Mitte des Sternums	7,5	7,25	
Der Umfang des Halses	14,0	13,0	27,0
Die Stirnhöhe (vom behaarten Kopftheile bis zur Augenbraue) . . .	7,0	5,0	
Die Stirnbreite (von der Stirnmitte bis zur Behaarung der Schläfe)	8,5	7,0	
Der frontale Umfang der Hemisphäre (Distanz zwischen dem oberen Theil der Ohrmuschel bis zur Mitte der Scheitel)	15,0	14,0	
Horizontaler Umfang der Hemisphäre	26,0	25,0	
Distanz vom Nasenbein (an der Nasenbasis bis zum oberen Theile der Ohrmuschel)	13,5	12,0	
Distanz zwischen Nasenscheidewand (an den Nasenflügeln) und dem Ohrläppchen	12,0	10,0	
Der Kopfumfang zwischen foram. occipitale und der Mitte der Oberlippe unter den Ohren und Nase	21,5	20,0	
Die Länge des Ohres	5,0	4,5	
Distanz zwischen Nasenflügel und Ohrmuschel	10.0	9,0	

Die beschriebenen Veränderungen sind hauptsächlich durch eine Verkleinerung der Schädel und Gesichtsknochen bedingt. Unter den ersteren sind besonders die linke Hälfte des Stirnbeines, das linke Scheitel- und Schläfenbein verkleinert. Der Jochbogen ist links enger und ragt mehr nach vorn, als der rechte. Der Processus maxillaris des linken Oberkiefers ist verkürzt und nach vorn und innen verdrängt. Infolge dessen wachsen die Zähne links unregelmässig, einer hinter den anderen rückend. Die Linie der oberen Zähne ist links höher, als rechts. Der Unterkiefer ist ebenso links kürzer, als rechts, die spina mentalis fehlt ganz. Auch die unteren Zähne wachsen unregelmässig, so dass die obere Zahnreihe sich bis zur Mittellinie (der rechten Schneidezähne) hinten nach innen, vorn nach aussen, resp. nach vorn, von der unteren befindet. Rechts wächst der untere Augenzahn unregelmässig, ausserhalb der Alveolarlinie. Im Allgemeinen ist die Zahnlinie, entsprechend dem Unterschiede in der Richtung beider Kieferhälften, links höher gerichtet, als rechts; daraus folgt, augenscheinlich, auch die Unregelmässigkeit des Lippenovals.

Der linke proc. mastoideus ist dünner und kleiner, als der rechte, daher auch die grössere Spannung des m. sternocleidomastoideus. Das linke Ohr ist kürzer und breiter, als das rechte, indem es keine ovale sondern eine viereckige Form hat. Helix, besonders Antihelix, bilden anstatt eines regelmässigen Bogens: der erste eine gebrochene Linie, der zweite eine gerade Linie, indem er in Form einer Diagonale den oberen inneren Winkel mit dem unteren äusseren vereinigt. Die Schleimhaut der linken Wange bildet mehrere Falten, augenscheinlich, in Folge ihrer Unverhältnissmässigkeit zur Grösse des Kiefers.

Das linke Nasenbein ist kleiner, als das rechte. Die Nasengänge sind beiderseits verengt. Der harte Gaumen ist sichtbar links schmäler, als rechts. Die Uvula ist normal. Die Zunge ist gleich an beiden Seiten, zittert beim Herausstrecken (fibrilläre Zuckungen).

Haut und subcutanes Fettgewebe sind auf der erkrankten Seite ganz normal. Auch die Muskeln zeigen keine Abnormitäten, die Masseteren sind gut entwickelt. Die Tast- und Schmerzempfindlichkeit ist links etwas abgeschwächt. Die allgemeine Empfindlichkeit der Gesichtshaut auf elektrische Reize ist fast überall gleich.

Der Brustkorb ist etwas asymmetrisch. Die linke Hälfte ist kleiner als die rechte. Die rechte Schulter ist höher (besonders hinten), als die linke. Der m. cucularis ist rechts bedeutend ausgesprochener, als links. Das linke Schulterblatt ist heruntergesunken. Die Haut- und Sehnenreflexe sind normal.

Die inneren Organe auch normal. Die Geistesfähigkeiten zeigen keine Abnormitäten.

Die Sprache — etwas undeutlich. Beim Sprechen ist zubemerken, dass hauptsächlich sich die rechte Hälfte bewegt, die linke bleibt gleichsam theilnahmlos.

Es ist also augenscheinlich, dass wir gleichzeitig mit einer Knochenveränderung hier eine theilweise rechte Facialislähmung, mit späterer Contracturenentwickelung, vor uns haben.

Referate.

Wilh. Brutzer. Ein Beitrag zur Wochenbettsstatistik. (Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXVII Heft 3).

An der Breslauer Universitätsklinik hat Prof. Küstner durch seinen Assistenten Keilmann seine 20 Jahre zurückdatirenden Versuche mit dem Frühaufstehen von Wöchnerinnen wieder aufnehmen lassen und sind die Resultate in obengenannter Schrift niedergelegt. Als Beobachtungsmaterial dienten 1000 Wöchnerinnen, welche vom April 94 bis Januar 96 in der Anstalt entbunden worden waren und von denen etwa 600 die Erlaubniss zum Frühaufstehen ausgenutzt hatten. Letztere wurde je nach Verlauf der Geburt und des Wochenbettes in einzelnen Fällen schon vom 2. Tage ab ertheilt. Ausgeschlossen wurden alle Fälle, wo während der Geburt eine Infection anzunehmen war, desgleichen falls andere Symptome, wie Dammriss, Varicen, Herzfehler, starke Quetschungen der Weichtheile, starke Nachwehen das Frühaufstehen contraindicirten. Etwaige Operationen während der Geburt bildeten keine Contraindication. Die Hauptgefahr droht den Aufstehenden von einer latenten Infection, da durch die Bewegungen Zerreissungen entstehen, welche den Microben einen geeigneten Nährboden darbieten. Andrerseits wird aber durch das Aufstehen den Lochien freier Abfluss geschafft und jene Gefahr hierdurch compensirt. Von grösstem Interesse für die Beurtheilung der Infectionsgefahr sind natürlich die Temperaturverhältnisse und haben dieselben für die Frühaufgestandenen sogar ein besseres Resultat ergeben als für die vom 6. Tage an aufstehenden Wöchnerinnen. Eine länger dauernde Erkrankung hat sich an das Frühaufstehen nur ein Mal angeschlossen und zwar bei einer gonorrhoisch Inficirten. Jedoch auch in diesem Falle erscheint der Zusammenhang nicht klar, da die am 3. Tage aufgestandene Frau am 4. wegen übelriechender Lochien zur Bettruhe verwiesen erst am 7. ernstlich erkrankte. Falls daher selbst die Behauptung aufgestellt worden, dass die Verbreitung der ascendirenden Gonorrhoe auch auf die Tuben durch das Frühaufstehen begünstigt, so lässt sie sich klinisch nicht beweisen, da von den 600 frühaufgestandenen Wöchnerinnen 25% resp. 150 entschieden an Gonorrhoe litten und ausser der eben genannten auch nicht sicher beweisenden Ausnahme keine ernstlich erkrankte.

Der Einfluss des Frühaufstehens auf den Circulationsapparat war ebenfalls entschieden nicht ungünstig, da Ohnmachtsanwandlungen, Schwindel etc., wie sie in Folge der Gewöhnung an die Horizontallage bei am 10. Tage Aufgestandenen zur Regel gehörten, bei den Frühaufgestandenen ein seltenes Ereigniss bildeten. Im Einklang hiermit steht auch, dass die Frauen aus Schwäche nur in den seltensten Fällen auf die Erlaubniss aufzustehen verzichteten. Beim Verlassen der Klinik machten die Frühaufgestandenen einen durchaus kräftigeren und frischeren Eindruck, als diejenigen, welche erst vor 1 oder 2 Tagen das Bett verlassen hatten. Mit dieser subjectiven Beobachtung stimmten auch die günstigeren Gewichtsverhältnisse der Frühaufgestandenen überein.

Ein günstiger Einfluss der veränderten Wochenbetttherapie liess sich ebenfalls auf die Urin- und Kothausscheidung bemerken, indem die spontane Kothentleerung desto früher auftrat, je früher die Wöchnerin aufgestanden war.

Wie schon von Küstner vor Jahren der Vorwurf, dass das Frühaufstehen die Bildung pathologischer Lagen des Uterus begünstige zurückgewiesen war, so haben auch jetzt wieder die Untersuchungen, denen der grösste Theil der Wöchnerinnen vor Verlassen der Klinik unterworfen wurde, ergeben, dass ein nachtheiliger Einfluss nicht zu constatiren, da nur in einem Falle der Uterus sich in Retroflexionsstellung vorfand. Die Involution der Gebärmutter war stets eine ausgezeichnete und im Einklang hiermit steht auch das rasche Versiegen der Lochien.

Referent vermisst in der Schrift einen Hinweis auf etwaiges Auftreten von Nachblutungen im Spätwochenbett und muss zur Annahme gelangen, dass auch sie durch das frühzeitige Aufstehen bewirkten kräftigen Contractionen gerade vermieden worden und nicht, wie ein Theil der Autoren meinte, durch die frühzeitige Bewegung hervorgerufen werden.

Was ferner speciell die Ausbildung von Prolaps betrifft, so reicht ja die Beobachtungszeit von 10 Tagen in der Klinik nicht hin, um ein abschliessendes Urtheil zu gewinnen. Falls jedoch durch Vermeidung von frühzeitiger Steigerung des extra abdominalen Druckes, also durch Vermeidung von schwerer Arbeit, kein neues den Prolaps beförderndes Moment hinzugefügt wird, so möchte das Frühaufstehen in Folge der vorzüglichen Involution des Uterus und seiner erhöhten Antiflexionsstellung, sowie in Folge der verminderten Cystocelenbildung durch häufigeres Urinlassen. der Ausbildung des Prolapses eher entgegenwirken. Einem Hängebauch ist durch eine entsprechende Binde vorzubeugen und scheint es verständlich, dass die baldigst in Action tretenden recti eher ihren Tonus wiedergewinnen als die durch Ruhe verzärtelten.

Zum Schluss sei noch die Emboliengefahr erwähnt. In der Breslauer Klinik ist kein derartiger Fall beobachtet. In den sonst normalen Fällen wird die Thrombenbildung wohl stets erst im weiteren Verlaufe des Wochenbetts sich ausbilden und zwar sowohl durch verzögerte Involution als auch durch Verlangsamung der Blutcirculation. Falls daher selbst die relativ geringe Zahl der Wöchnerinnen, bei denen Embolien überhaupt zu Stande kommen, nicht schon an sich als Argument gegen die Ueberschätzung der Gefahr der Embolie herangezogen werden dürfte, so liesse sich theoretisch doch erklären, dass die durch das Aufstehen beförderte Involution sowie erhöhte Blutcirculation der Thrombenbildung entgegenwirkt. Wenn Brutzer aus den geschilderten Beobachtungen resümirt; falls auch keine Veranlassung vorliegen sollte, die Frauen vor dem 5. Tage aufstehen zu lassen, so beginnt mit letzterem jedenfalls die Sorge, dass der Uterus sich nicht in falsche Lage begebe, und solle man daher die Frau, da das Frühaufstehen unter Beobachtung der nothwendigen Cautelen nur Vortheile biete, jetzt aufstehen lassen, so kann Referent ihm voll und ganz beistimmen. (Wenn man das Heer von Frauen sieht, welche an Obstipation und anderen atonischen Begleiterscheinungen der Wochenbette, die alle in das Gebiet der Ptosen fallen, leiden, so erscheint es einem sicher rationell durch möglichst frühzeitiges Ueben der betreffenden Muskeln und Bandapparate einer Inactivitätsatrophie vorzubeugen).

Christiani-Helmet.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Срѣзы изъ центральной нервной системы. Д-ръ А. Mercier. Переводъ Н. Вырубова, съ предисловіемъ проф. В. М. Бехтерева. С.-Петербургъ, изданіе К. Л. Риккера, 1897, 196 pag. Preis 1 Rbl. 40 Cop.

Diese Uebersetzung des vortrefflichen Mercier'schen Buches «Les coupes du système nerveux central» ist in der russischen medicinischen Litteratur das erste Werk, welches eine specielle Anleitung für die mikroskopische Technik zur Untersuchung des Centralnervensystems bietet. Die lange Reihe aller Maassnahmen, durch welche ein beliebiger Theil des Hirns oder Rückenmarks in ein für das Studium geeignetes mikroskopisches Präparat sich verwandelt, wird successive in gelungener Weise vorgeführt, angefangen von der Herausnahme jener Organe aus der Leiche.

Das Original erschien bereits im Jahre 1893, daher hat der Uebersetzer die seitdem hinzugekommenen Methoden nud deren Modificationen, welche Anspruch auf dauernden Werth erheben dürfen, von sich aus hinzugefügt.

Michelson.

P. J. Möbius: Ueber die Tabes. Eine Abhandlung für praktische Aerzte. Berlin, 1897. Verlag von S. Karger. 130 pag.

Eine vorzügliche, für die Zwecke der Praxis berechnete Darstellung der Pathologie und Therapie der Tabes. Im Capitel «Ueber die Ursache der Tabes» kommt der bekannte Standpunkt des Verf. zur ausführlichen Erörterung. «Tabes und progressive Paralyse sind Metasyphilis oder metasyphilitischer Nervenschwund, d. h. primäre Atrophie nervöser Theile, deren conditio sine qua non die Syphilis ist». Sehr beherzigenswerth ist der Abschnitt «Ueber die Behandlung der Tabes», wo kritisch und nüchtern die Grenzen und die Wege des ärztlichen Handelns gewiesen werden. «Wir können unter Umständen auf den Tabeskranken günstig einwirken, aber das geschieht theils dadurch, dass das Gesunde an ihm gekräftigt wird, theils dadurch, dass sein Glaube ihm hilft. Gegen die Tabes selbst sind wir machtlos». Den Schluss bildet eine Sammlung von 70 prägnanten Krankengeschichten, welche das äusserst mannigfaltige Symptomenbild der Tabes trefflich illustriren.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

631. Sitzung am 9. December 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär Herr Heuking.

1. Herr Blessig stellt drei wegen hochgradiger Myopie operirte Patienten vor, welche zu



verschiedenen Zeiten operirt, die einzelnen Stadien des operativen Verfahrens illustriren.

I. Knabe 15 Jahre. Myopie 16 D. V = 0,1. Am rechten Auge am 2. December (vor 1 Woche) Discission der klaren Linse; Trübung und Quellung der Linsenmassen schreiten allmählich fort; man sieht eine Flocke aus der Wunde der vorderen Kapsel in die Kammer vorragen, während gleichzeitig auch schon die hintern Corticalschichten, in exquisiter Sternform, getrübt sind; Pupille gut erweitert, Auge reizlos. P. n. Solange keine Drucksteigerung eintritt, soll mit der Extraction gewartet werden bis die ganze Linse getrübt ist.

II. Junger Mann 17 J. Myopie 18 D. V = 0,2—0,3. Am rechten Auge am 9. October (vor 2 Monaten) Discission der klaren Linse und am 24. October (vor 6½ Wochen) Extraction der Linsenmassen. Das Pupillengebiet ist von einem ziemlich dichten Nachstaar eingenommen, der aus Kapsel und Linsenresten besteht und nur einige spaltförmige, nicht ganz durchsichtige Lücken aufweist. Augenhintergrund kaum sichtbar; Sehvermögen dementsprechend noch sehr gering (= Fingerzählen in 1—2 Metern). Das Auge ist frei von Injection, die Pupille wird noch weit erhalten. In diesem Falle wird bald eine Discission des Nachstaares gemacht werden.

III. Mädchen 14 J. Myopie 12 D. V = 0,2—0,3. Am linken Auge im März d. J. (also vor 9 Monaten) Discission und dann Extraction. Das Pupillengebiet ist jetzt ganz rein, bei seitlicher Beleuchtung sieht man nur innen hinter dem Irisrande einige unbedeutende Kapselreste; Pupille kreisrund, frei beweglich; weder vordere noch hintere Synechie; Augenhintergrund scharf sichtbar. Das optische Resultat ist sehr befriedigend: während die Sehschärfe früher mit stärksten Gläsern (— 12 D) 0,2—0,3 betrug, sieht Pat. jetzt ohne Glas 0,2, mit schwachen Gläsern (+ sph 2 D 1, + cyl 2 D 45° n) bereits 0,4.

Im Anschluss an die Demonstration der Patienten berichtet Vortr. sodann, auf Grund der Verhandlungen der ophthalmologischen Section des XII. internat. med. Congresses, über den gegenwärtigen Stand der Myopieoperation, insbesondere über die Indicationsstellung und die eventuellen Gefahren der Operation. In der dem Referate Fukala's und dem Correferate Vacher's folgenden lebhaften Discussion, die bereits auf einem statistischen Material von mehr als 2000 operirten Fällen fussen konnte, wurde die Indication zur operativen Beseitigung hoher und höchster Myopiegrade einstimmig von keiner Seite mehr bestritten. Nur über die Indicationsgrenzen wurde noch discutirt. Allgemein wurde anerkannt, dass nicht der Grad der Myopie als solcher, sondern die ungenügende Correction durch Gläser und vor allen Dingen auch das Bedürfniss des Patienten nach Beseitigung der Myopie, sein Beruf u. dgl. m. entscheidend sei (Schmidt-Rimpler, Hirschberg u. A.). Im Allgemeinen gelten auch jetzt etwa 13—15 Dioptrien als untere Grenze; bei Kindern ist diese Grenze niedriger zu ziehen (ca. 10 D), da bei diesen, wenn nicht operirt wird, ein weiteres Fortschreiten der Myopie zu erwarten ist. Von den Gefahren der Operation stand die Netzhautablösung im Vordergrunde der Discussion. Es war sehr zu loben, dass der Präsident der Sitzung Hirschberg die Anwesenden dazu aufforderte, nicht über ihre Erfolge sondern in erster Linie über die erlebten Misserfolge und Unglücksfälle zu berichten. So hatten denn die Meisten auch über vereinzelte Fälle zu berichten, in denen längere oder kürzere Zeit nach der Operation Netzhautablösung eingetreten war. Da nun aber bekanntlich hochgradige Myopie an sich schon zur Netzhautablösung disponirt und eine gewisse Anzahl myopischer Augen auch ohne Operation daran erblindet, so fragt es sich, ob in solchen Fällen die Operation dafür verantwortlich zu machen ist. Die Statistik ist noch zu klein und die Beobachtungsdauer zu kurz, um heute schon diese Frage zu entscheiden. Jedenfalls aber sind, zur Vermeidung derartiger Unglücksfälle an operirten Augen, die folgenden Rathschläge zu beherzigen: Glaskörpervorfall ist bei der Operation um jeden Preis zu vermeiden (Pflüger, Hirschberg); die einzelnen operativen Eingriffe dürfen einander nicht zu rasch folgen (Uhthoff, Hirschberg); man soll, solange das weitere Schicksal der operirten Augen noch nicht vorauszubestimmen ist, immer nur ein Auge operiren und sich nach erfolgreicher Operation dieses einen auch nicht durch Bitten des Patienten dazu bewegen lassen, das zweite zu operiren. Endlich warnte Knapp gewiss mit Recht davor, dass diese Operation nicht zur Modesache werde.

Immerhin ist der Segen, den die Operation bei richtiger Auswahl der Fälle und verständiger Abgrenzung der Indication, schaffen kann, gar nicht hoch genug zu veranschlagen. v. Hippel hat Recht, wenn er sagt, dass die Myopieoperation oft noch segensreicher ist als selbst die Staaroperation; denn letztere wird meist an alten Leuten ausgeführt, die mit dem Leben fast abgeschlossen haben; durch die Beseitigung hochgradiger Myopie aber wird jungen Leuten, vor denen noch ein ganzes Leben liegt, geradezu eine neue Welt erschlossen.

Nachtrag.

In der nächsten Sitzung, am 23. December, giebt Vortr. noch folgendes zu Protokoll:

Dem 17-jährigen jungen Mann (Fall II), der einen Nachstaar hatte, ist am 16. December die Discission des Nachstaars gemacht worden. Es bildete sich sofort eine breite klare Lücke; die Heilung verlief glatt. Pat. ist heute bereits aus dem Hospital entlassen worden. Der Augenhintergrund ist klar sichtbar. Die Sehschärfe beträgt bereits jetzt (1 Woche nach der letzten Operation) 0,2 ohne Glas; mit + sph 2,0 D = 0,4; während sie früher mit stärksten Concavgläsern, die nicht zum Tragen verordnet werden können, nur 0,2—0,3 betrug.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

(Schluss).

Discussion.

Herr Masing fragt, ob der Magen bei der Operation dilatirt gefunden wurde.

Herr Westphalen. Der Magen sah völlig normal aus der Pylorus erschien, vom Duodenum aus untersucht, normal Dieser negative Befund bestätigt völlig die Diagnose, wie dieselbe vor der Operation formulirt war.

Herr Kernig spricht sich gegen die Aufstellung einer mechanischen Insufficienz des Magens ohne Vorhandensein eines organischen Hindernisses am Pylorus als einer Indication für eine Gastroenterostomie aus, besonders noch da, wo es sich um hysterische Patienten handelt. Einmal müsse eine jede derartige Operation als lebensgefährlich angesehen werden, des weiteren erlebe man es oft, dass hysterische Kranke auf die unerwartetste Weise genesen können und auch wohl kaum jemals an ihrer Magenaffection sterben. In Bezug auf den vorliegenden Fall müsse er sich eines Urtheils enthalten, da er die Kranke nicht gekannt und keine Krankheitsgeschichte begreiflicherweise den persönlichen Eindruck ersetzen könne. Eine weitere Contraindication einer Gastroenterostomie sieht Herr Kernig auch in dem Umstande, dass bei der Operation der Magen nicht dilatirt gefunden wurde. Noch vor Kurzem hätte er einer Pyloroplastik wegen Ulcusstenose beigewohnt, wo der Magen trotz sorgfältigster Leerspülung vor der Operation bei derselben sehr gross erschien und noch unter dem Operationsschnitte hinabreichte.

Es kämen Magenerweiterungen vor, wo die Magenmusculatur eine so weitgehende Schädigung erfährt, dass selbst bei völliger Leerspülung des Organs eine Contraction desselben nicht mehr erfolgen könne. — Hierzu bemerkt

Herr Wanach, dass auch er eine Pyloroplastik wegen Verätzungsstenose des Pylorus ausgeführt hat, bei welcher der Magen trotz exacter Spülung während der Operation erweitert gefunden wurde.

Herr Masing schliesst sich in Bezug auf die Verwerfung der Indication einer Gastroenterostomie wegen primärer Muskelschwäche des Magens ohne organische Stenose den Ausführungen Herrn Kernigs an und fragt den Referenten, ob dieser glaube, dass im vorliegenden Falle der Exitus letalis ohne Opertaion unvermeidlich gewesen wäre.

Herr Westphalen bejaht letztere Frage mit Hinweis darauf, dass bei der Unmöglichkeit, den Magen der Patientin zu spülen, dieselbe fast zu den extremsten Graden der Lebensfähigkeit gelangt war, und im concreten Falle die Nichtausführung der Operation, welche in ihrem Erfolge die Richtigkeit der Indication beweist, vielleicht ein schwerwiegender Fehler gewesen wäre. Was den Einwand anbetrifft, dass hysterische Patienten oft durch die wunderlichsten Einflüsse genesen, und dass wohl kaum eine Hysterische an ihrem nervösen Leiden stirbt, so bemerkt Westphalen hierzu, dass es in der That bekannt sei, dass es Fälle von rein nervösem Erbrechen giebt, namentlich bei älteren Personen, die einzig und allein infolge des Erbrechens an Inanition zu Grunde gehen. In Bestätigung dieser Behauptung weist er auf die Krankengeschichte einer mehreren Mitgliedern des Vereins bekannten Dame hin, welche in Wiesbaden an einem solchen Erbrechen verstarb und deren Section die Abwesenheit jeglicher organischer Störung bestätigte. Ferner dürfe man alle eben referirten und ähnliche Fälle nicht vom Gesichtspunkte einer

einfachen Hysterie ansehen. Solche Fälle stellten eine bestimmte Krankheitsgruppe vor, welche noch vor Kurzem eine eingehende klinische Bearbeitung durch Martius und eine anatomische durch Lubarsch gefunden haben. Diesen Autoren zufolge handelt es sich um Kranke «bei welchen eine primäre Secretionsschwäche des Magens besteht. Dieselbe ist entweder angeboren oder sie entwickelt sich auf dem Boden ursprünglicher Anlage. Sie vergesellschaftet sich mit einer angeborenen Schwäche des Nervensystems, d. h. sie findet sich vorwiegend bei sog. Neurasthenikern. Die primäre Secretionsschwäche des Magens stellt eine individuelle Eigenthümlichkeit dar, die lange Zeit völlig latent bleiben und ohne nachweisbare Schädigung für den Gesammtorganismus bestehen kann. Dieses ist der Fall, so lange der Magen motorisch gut functionirt und gleichzeitig der Darm secretorisch und resorptiv gut arbeitet. Aus der gleichzeitigen anatomischen Untersuchung von Lubarsch gehe weiter hervor, dass es sich bei der Achylia gastrica um allmählich vorschreitende, schwerwiegende parenchymatöse Veränderungen der Magenmucosa handelt. Dieses Zusammenwirken functioneller und anatomischer Störungen, diese Zusammengehörigkeit beider anscheinend in ihrem Wesen weit von einander getrennter Erscheinungen liesse sich vielleicht in eine Paralelle setzen mit einer anderen Krankheitsgruppe, bei welcher gleichfalls eine ähnliche Zusammengehörigkeit anatomischer und neurotischer Veränderungen zum Wesen der Krankheit gehört — zu der Splanchnoptose.

Den Untersuchungen Stillers zufolge findet man, dass bei mit Splanchnoptose behafteten Patienten die X. Rippe nicht am Rippenbogen inserirt. Daraus gehe hervor, dass augenscheinlich auch hier das Symptomenbild auf eine ursprüngliche Anlage zurückzuführen ist.

Was den Verlauf der Achylia gastrica anbetrifft, so kann derselbe, wie schon erwähnt, völlig symptomenlos sein, vorausgesetzt, dass der Magen motorisch normal functionirt. Tritt jedoch in diesem Punkt eine Störung ein, so sind die Patienten, wie solches zuerst von Rosenheim und Litten hervorgehoben wurde, von einem schnellen Inanitionstode bedroht, wenn nicht der mechanischen Insufficienz des Magens mechanisch abgeholfen wird. Aus diesem Grunde proponirte zuerst Referent im Jahre 1890 die Gastroenterostomie bei der primären mechanischen Insufficienz des Magens ohne Vorhandensein einer organischen Pylorusstenose. In der Folge ist diese Indication ziemlich allgemein in die Fachliteratur aufgenommen worden. Bircher hat für solche Fälle eine operative Faltenbildung am Magen in Vorschlag gebracht. Soweit Referenten bekannt, verhält sich nur Fleiner ablehnend zur Operation aus angegebener Indication, da er dieselbe für aussichtslos hält.

Was schliesslich den Umstand anbetrifft, dass im vorliegenden Falle der Magen bei der Operation normal gross und nicht vergrössert gefunden wurde, so müsse solches auch — falls der Magen wirklich völlig leergespült ist, was oft nicht leicht erreicht werden kann, und falls keine Hypersecretion wie z. B. bei Ulcusstenose stattfindet — stets zutreffen. Physikalischen Gesetzen zufolge muss erwartet werden, dass nach Entfernung der dem Muskeltonus entgegenwirkenden Belastung, die ganze, dem Magen noch innewohnende Energie zur Geltung kommen muss und in Folge dessen ein noch so erweitertes Organ nach Entleerung seiner Belastung normal gross erscheinen wird. Solches war auch stets der Fall in den immerhin recht zahlreichen Fällen von Gastroenterostomie und Pyloroplastiken, denen Referent beigewohnt hat.

Zum Vergleiche liesse sich vielleicht die insufficiente Harnblase heranziehen, welche doch auch nach jeder Entleerung per Katheter völlig zu collabiren pflegt. Schliesslich sei es ja auch völlig gleichgiltig, wie der Magen beschaffen sei, ob erweitert oder nicht, da ja nicht das anatomisch veränderte Organ der Gegenstand des therapeutischen Handelns sei, sondern durch dasselbe lediglich ein Ausgleich der gestörten Function angestrebt werde.

Herr Tiling bemerkt, dass bei Operationen, wie es scheint, der leer gespülte Magen bald dilatirt, bald normal gross gefunden wird.

Herr Assmuth erwähnt, dass der Vergleich mit der Harnblase nicht zutreffe, da es thatsächlich vorkomme, dass eine stark dilatirte und hypertrophische Blase auch nach völliger Entleerung per Katheter noch als vergrössert palpirt werden kann.

Director: Dr. W. Kernig
Secretair: Dr. H. Westphalen.

Nachtrag bei der Protokollverlesung.

Herr Westphalen giebt zu Protokoll, dass die im Vortrage erwähnte Patientin sich hinsichtlich der motorischen Function ihres Magens in leidlichem Zustande befindet, dass hingegen die hysterischen Beschwerden nach einer vorübergehenden Pause wieder im Vordergrunde der Krankengeschichte stehen, speciell auch das Erbrechen, welches augenscheinlich als der Ausdruck einer nervösen Hyperästhesie der Magenmucosa aufzufassen ist. Was ferner den Einwand des Herrn Assmuth anbetrifft, dass eine insufficiente und hypertrophische Harnblase auch nach ihrer Entleerung über der Symphyse gefühlt werden könne, so muss bemerkt werden, dass hierbei eine Volumszunahme des Organs vorhanden ist, welche augenscheinlich die Palpation ermöglicht, beim Magen jedoch nach der Entleerung der Ingesta von einer Volumszunahme nicht gesprochen werden könne, da beim Magen eine ähnliche Hypertrophie der Muskulatur wie an der Harnblase nicht vorkommt.

Referent hat in diesen Tagen sämmtliche 18 Krankengeschichten der im Alexander-Männerhospital ausgeführten Pyloroplastiken und Gastroenterostomien revidirt. Bei den meisten fehlen jegliche Angaben über die Grösse des Magens während der Operation, bei 4 Fällen fand sich die Notiz «der Magen wird unter der Leber vorgezogen». Einer der Fälle betrifft einen Mann, bei welchem wegen Ulcuscarcinom und Stenose des Pylorus durch dasselbe, bei der diaphanoscopischen Untersuchung vor der Operation bei einer Belastung des Magens mit 1000 ccm. aqua derselbe sehr gross, bis unter die Verbindungslinie der Spp. ant. sup. herabreichend gefunden wurde. Vor einigen Tagen hatte Referent wiederum Gelegenheit einer Gastroenterostomie wegen Ulcusstenose mit mässiger mechanischer Insufficienz der Muskulatur beizuwohnen und konnte sich davon überzeugen, dass der vorher exact leergespülte Magen völlig von der Leber bedeckt war.

Ferner müsse noch betont werden, dass wohl kaum je ein Chirurg in die Lage gekommen sein dürfte, den normalen vorher leergespülten Magen bei einer Operation zu sehen da ja sämmtliche Operationen am Magen nur am pathologisch veränderten Organe vorgenommen werden, mithin es auch schwer sein müsse, über die Grösse des normalen Organs zu urtheilen, da unsere Kenntnisse derselben lediglich auf palpatorischen und percutorischen Voraussetzungen fussen.

Demgegenüber bemerkt

Herr Wanach, dass der Chirurg doch nicht selten z. B. bei Leberoperationen in die Lage kommt, den normalen Magen in situ zu sehen, einen Magen, welcher nach der letzten Nahrungszufuhr Zeit gehabt hat sich völlig zu entleeren.

Herr Westphalen betont hierzu den Unterschied zwischen dem leergespülten Magen, bei welchem durch Heberwirkung der letzte Flüssigkeitsrest entfernt ist, und dem sog. leeren Organ, welches im stricten Sinne des Wortes eigentlich niemals leer ist, da es stets Luft enthält und nach vielen Autoren (Schreiber) in Folge hinabgeschluckten Speichels stets mehr oder minder reichliche Secretmengen abspalten soll.

Vermischtes.

— Im Verlage von S. Karger in Berlin wird von diesem Jahre ab ein «Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie» erscheinen. Als Herausgeber zeichnen E. Flatau und L. Jacobsohn, als Redacteur Professor E. Mendel. Unter den zahlreichen Mitarbeiter finden sich Namen von bestem Klang.

— Der 16. Congress für innere Medicin findet vom 13.—16. April 1898 in Wiesbaden statt. Das Präsidium übernimmt Herr Geh. San.-Rath Professor Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 13. April: Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht. Referenten: Herr Geheimrath Professor Dr. v. Ziemssen (München) und Herr Professor Dr. R. v. Jaksch (Prag).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 15. April: Ueber intestinale Autointoxicationen und Darm-Antisepsis. Referenten Herr Professor Dr. Müller (Marburg) und Herr Professor Dr. Brieger (Berlin).

Auf besondere Aufforderung des Geschäftscomités hat sich Herr Professor Dr. Leo (Bonn) bereit erklärt, einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Diabetes mellitus zu halten.

Folgende Vorträge und Demonstrationen sind bereits angemeldet:

Herr Schott (Nauheim): Ueber chronische Herzmuskelerkrankungen. — Herr van Nissen (Wiesbaden): Der Syphilisbacillus (Demonstration). — Herr B. Laquer (Wiesbaden): Ueber den Einflus der Milchdiät auf die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren. — Herr Determann (St. Blasien): Klinische Untersuchungen über Blutplättchen. — Herr Weintraud (Wiesbaden): Ueber experimentelle Magenectasien.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses Herr San.-Rath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 9b, entgegen.

— Der berühmte Chirurg, Prof. Dr. Friedrich v. Esmarch in Kiel, welcher im September v. J. das 74. Lebensjahr erreichte, beabsichtigt zum Schluss des laufenden Wintersemesters in den Ruhestand zu treten.

— Die Pariser Academie der Wissenschaften hat nicht nur Prof. Röntgen, wie wir bereits berichteten, mit dem physiologischen La Caze-Preis von 10,000 Frcs. «für seine schönen Experimentaluntersuchungen über die seinen Namen tragenden neuen Lichtstrahlen und ihre therapeutischen Anwendungen» ausgezeichnet, sondern auch Prof. Lenard in Heidelberg (früher in Breslau), der bei Gelegenheit seiner Arbeiten über die Kathodanstrahlen zuerst Röntgenstrahlen erzeugte und durch seine Publicationen die Forschungen Röntgen's erregte, den physiologischen La Caze-Preis im gleichen Betrage zuerkannt.

— Zu Gliedern der Prüfungscommission bei der militär-medicinischen Academie für das Jahr 1898 sind ernannt worden: ...

... Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich ernannt worden.

— Die Privatdocenten Dr. Jaquet und Dr. Corning sind zu ausserordentlichen Professoren an der Universität Basel ernannt worden, und zwar ersterer für Physiologie, letzterer für Anatomie.

— Das neue St. Petersburger städtische Kinderhospital zum Andenken an die Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten wird laut Beschlusses des Stadtamts im Petrowski-Park errichtet werden.

— Der IX. internationale Congress für Hygiene und Demographie findet in Madrid vom 10—17. April d. J. statt. Präsident des Organisationscomités ist der spanische Minister des Innern Sagasta und Generalsecretär der Professor der Hygiene an der Universität Madrid, Dr. Cabanas.

...skauer Uni-
..., dass die Zahl
...ch auf 4418 be-
...9 Pharmaceuten
...9 Studenten die
...Beendigung des
...240 Professoren,

...atut einer An-
...nke des Pa-
...schport be-

... Beginn dieses
..., in Frank-
...der Grafschaft
...00 Seelen ein

...prakranke
...rstorben sind.
...ner im Durch-
...eprösen stam-
...ierungsbezirk
... Die erste Er-
...0 sind allein
...ngland ist
... zwar ist die

...den Civil-
... am 24. Jan.
...05 Typhus —
... — (3 mehr),
...ehr), und 55

...rgs.
... 1898.

...	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
...	31	13	0

...0, Typhus
...harlach 20,
...e Lungen-
... asiatica
...elenkrheu-
...Anthrax 0,
...caemie 4,
...Organe 22,
...äche und
...eiten der

...Peters-
... 1898.

...tlichen



NEUE BÜCHER.

Аникіевъ, П., Учебникъ анатоміи и физіологіи человѣка и животныхъ. Изд. IV-е. 1898, Rbl. 1.00.

Дрентельнъ, Е., Анатомія развитія половаго чувства у дѣвочекъ. 1898, Rbl. 0.25.

Дюкло, Защита отъ болѣзней. Перев. съ франц. 1898, Rbl. 0.15.

Моллесонъ, Ф., Первоначальное воспитаніе дѣтей. Перев. съ 3-го англійск. изд. 1898, Rbl. 0.50.

Мендельсонъ, А., О профессіональномъ обученіи низшаго персонала псиxіатрическихъ заведеній. 1898, Rbl. 0.40.

Обзоры и новости медицины и терапіи за 1897-й г. 1898, Rbl. 2.50.

Сѣченовъ, П., Физіологичеслie очерки. Часть II-я. Съ 101 рис. 1898, Rbl. 0.90.

Шавловскій, И., Новый способъ сохраненія препаратовъ мозга въ сухомъ видѣ. 1898, Rbl. 0.25.

Annalen der Städtischen Allgemeinen Krankenhäuser zu München. Das Jahr 1895. Mit 3 Abbild. 1897, Rbl. 6.60.

Berender, J., Geschichte der Pharmacie. Lfg. 1. 1898, Rbl. 1.10.

Brandt, L., Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase. Heft 1: Defecte und Phosphornekrose. Mit 14 Abbild. 1898. Rbl. 0.90.

Festschrift zum 75-jährigen Jubiläum der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga von der städtischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Rothenberg. 1897, Rbl. 0,80.

Fink, E., Die Fremdkörper in der Nase u. im Ohr (Haug, Vorträge II, 8). 1897, Rbl. 0.45.

Heidsick, J., Hörende Taubstumme. 1897, Rbl. 0.55.

Moleschott, J., Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere. Bd XVI, Heft 4. 1897, Rbl. 1.65.

Roche, F., Quelques localisations rares de l'èchinocoque. 1898, Rbl. 1.35.

Schwalbe, G., Morphologische Arbeiten. Bd. VII, Heft 3. Mit 7 Tafeln und 13 Fig. 1897, Rbl. 9.90.

Transactions of the medico-chirurgical society of Edinburgh. Vol. XVI.—New seriers. Session 1896—97, Rbl. 5.10.

Wille, W., Die Psychosen des Pubertätsalters. 1898, Rbl. 2.75.

Ziegler, E., Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Bd. I: Allgemeine Pathologie. Mit 544 Abbild. 1898. Rbl. 6.60.

Medicinae novitates
Internationale medicinische Bibliographie XI. Jahrg. 1898
Erscheint monatlich
Zusendung gratis und franco
Franz Pietzcker Tübingen, Würt.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.
Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Довв. ценз. Спб. 31 Января 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, (12. Februar) 31. Januar 1898

Die Nauheimer Bäder und ihre Wirkung.

Von

Dr Wachenfeld in Bad-Nauheim.

Kein deutsches Bad, vielleicht kein Bad der ganzen Erde hat in den letzten zehn Jahren eine solche Zunahme seiner Frequenz erfahren, als Bad Nauheim.

Die Zahl der Curgäste ist von 6900 im Jahr 1887 allmählich auf 17740 im Jahr 1897 gestiegen. Dieses andauernde Zuströmen von Kranken ist natürlich keinem Zufall zuzuschreiben, sondern es ist begründet in der guten Heilwirkung der Nauheimer Quellen. Tausende, die schwer krank hierher kamen, verlassen alljährlich unser Bad gesund, und verkünden seinen Ruhm.

Es ist Nichts natürlicher, als dass in Folge dessen nun auch manche Kranke hierher kommen, denen Nauheim nichts nützen kann, und die besser irgend ein anderes Bad aufsuchten, und deshalb scheint mir eine kurze Besprechung der Indicationen der Nauheimer Bäder von einigem Interesse zu sein.

In einer früheren Arbeit[1]) habe ich ausgeführt dass die Wirkung der hiesigen Bäder auf einer kräftigen Anregung des Lymphstroms beruht. Die vorhandenen Infiltrationen im intercellulären und intermuskulären Bindegewebe werden dadurch erweicht und zur Resorption gebracht. Geht man von dieser Thatsache aus, so ist es leicht von vornherein festzustellen in welchen Krankheiten die Nauheimer Bäder von Nutzen sein müssen, und in welchen sie keinen Erfolg haben werden.

Mehr als die Hälfte aller Kranken, die in den letzten Jahren hierher kamen, waren Herzkranke. Schon Beneke machte in seinem 1859 erschienenen Buch «Ueber Nauheims Soolthermen» auf die günstige Wirkung der hiesigen Bäder bei organischen Herzleiden aufmerksam. Späterhin veröffentlichten Grödel, die beiden Schott, Bode und Andere ihre Erfahrungen, die sie an grösserem Material gemacht hatten. Sie alle konnten die Beobachtung Beneke's bestätigen, und kamen zu dem Schluss, dass selbst auf ältere organische Herzfehler die hiesigen Bäder oft günstig einwirken. In keiner dieser Veröffentlichungen ist behauptet worden, dass die Nauheimer Bäder auch dann noch nützen würden wenn die Kranken sich bereits in ultimis stadiis befinden, aber trotzdem kommt es alljährlich vor, dass Patienten nach Nauheim geschickt werden, die schon auf der Reise hierher sterben, oder kurz nach ihrer Ankunft ehe es ihnen möglich war ein Bad zu nehmen, oder die wochenlang hier zu Bett liegen müssen und überhaupt gar nicht zum Baden kommen. Derartige Kranke blieben natülich besser zu Haus. Ferner kommen alljährlich eine ganze Anzahl von Kranken mit Sclerose der Kranzgefässe hierher.

Auf Grund theoretischer Ueberlegungen und praktischer Erfahrung möchte ich rathen derartige Kranke nur dann nach Nauheim zu schicken, wenn etwa die begleitende Myocarditis eine Cur hier wünschenswerth macht. Heilung können hier nur diejenigen Krankheiten des Herzens finden, bei denen es sich um Infiltrationen der ebengenannten Art handelt, also die acuten und chronischen Formen der Endocarditis und Myocarditis, sowie die im Gefolge der letztgenannten auftretende Dilatation, während bei Sclerose der Kranzgefässe nur in sofern die hiesigen Bäder von Nutzen sein können, als sie die begleitende Myocarditis beseitigen oder bessern.

Myocarditis ist nach den Influenzaepidemien der letzten Jahre eine recht häufige Erkrankung geworden. Wer gesehen hat wie rasch sich die an ihr leidenden Patienten hier erholen, der kann an einer specifischen Wirkung unserer Bädern nicht zweifeln. Ebenso ist es zweifellos, dass nicht frische, sondern auch ältere Endocarditiden hier zur völligen Heilung kommen können. Fälle, in denen ein anfangs sehr lautes Geräusch allmählich schwindet, sind hier nicht allzu selten. Wenn aber auch noch Geräusche zurückbleiben, eine völlige restitutio ad integrum also nicht stattgefunden hat, so zeugt doch das subjective Befinden der Patienten von

[1]) «Die physiologische Wirkung der Nauheimer Bäder». Verlag von C. Bindernagel. Friedberg und Bad-Nauheim.

dem günstigen Einfluss der hiesigen Bäder auf derartige Erkrankungen.

Dass in Folge einer Badecur hier Dilatationen zurückgehen ist sehr häufig mit Sicherheit durch Percussion nachzuweisen.

Neuerdings ist dieser Nachweis auch vermittelst Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen geliefert. Die einzelnen Muskelfasern, die vorher durch den Druck der intermuskulären Infiltrationen verkümmert waren, erholen sich in Folge der Bäder wieder. Dazu kommt, dass im Verlauf eines Bads die Zahl der Herzschläge oft um fünfzehn und noch mehr pro Minute heruntergeht, und die einzelnen Contractionen natürlich kräftiger werden. Ferner kommt die Anregung des gesammten Stoffwechsels und die damit verbundene Hebung der gesammten Kräfte auch wieder der erkrankten Herzmuskulatur zu Gute und ist es sehr natürlich, dass das früher schlaffe ausgedehnte Herz bald an Umfang geringer, aber an Leistungsfähigkeit grösser wird.

Von den Krankheiten, die hier mit Erfolg zur Behandlung kommen, sind ferner zu nennen die Erkrankungen der Nerven und des Rückenmarks, bei denen es sich um Infiltration der Neuroglia resp. der Schwaunschen Scheiden handelt. Von den Rückenmarkskrankheiten kommt hier hauptsächlich Tabes in Betracht. Der Krankheitsprocess bei Tabes spielt sich im wesentlichen in der Neuroglia ab, und erst durch den Druck der entstandenen Anschwellungen findet eine Abnahme der Leistungsfähigkeit der Nervenzellen und Nervenfasern statt. Erkranktes Nervengewebe erholt sich bekanntlich verhältnissmässig sehr leicht, und es kann deshalb bei Tabes oft noch ein ganz erträglicher Zustand geschaffen werden, wenn die vorhandenen Infiltrationen der Neuroglia zur Resorption kommen. In Fällen von Tabes auf luetischer Basis ist selbstverständlich neben der Bäderbehandlng eine antiluetische Cur nothwendig.

Diese Fälle bieten, wenn sie einigermassen früh kommen, eine sehr günstige Prognose, aber auch in Fällen in denen Lues auszuschliessen ist, wird hier sehr häufig Heilung, oder, wenn das Nervengewebe nicht mehr regenerationsfähig war, wenigstens ein Stillstand in der Erkrankung erreicht. Bei den Erkrankungen der Nerven, die hier in Frage kommen z. B. Ischias etc. etc. ist durchweg auf einen guten Erfolg der Bädercur zu rechnen.

Eine weitere grosse Gruppe von Krankeiten, bei denen die hiesigen Bäder mit unbedingtem Erfolg angewandt werden, bilden die rheumatischen Erkrankungen. Es giebt Kranke, die ganz besonders zu rheumatischen Affectionen neigen, und zwar sind es durchweg Menschen mit sehr lockerem Zellgewebe. Die Ursache dieser abnormen Zellgewebsentwickelung ist in den meisten Fällen in unzweckmässiger Lebensweise, unzweckmässiger Diät und mangelhafter Muskelbewegung zu suchen. Die Lymphbahnen werden durch die allzugrosse Zufuhr von Nahrungsstoffen übermässig belastet, und wenn die Lymphbewegung, die im wesentlichen durch die Muskelbewegung in Ganz gehalten wird, stockt, muss es selbstverständlich zu exsudativen Vorgängen kommen. Die Schmerzanfälle der Rheumatiker werden nun nach Beneke's Ansicht dadurch hervorgerufen, dass der Druck, den derartige Infiltrationen des Bindegewebes im Bereich der Nervenbahnen ausüben, zeitweise durch intermittirende Hyperaemien verstärkt wird. Werden die Infiltrationen beseitigt, so fällt die Disposition zu solchen Schmerzanfällen fort. Der Erfolg der hiesigen Bäder spricht jedenfalls für diese Auffassung. In allen solchen Fällen wirken sie unbedingt günstig. Dass mit der Bäderbehandlung eine entsprechende diätetische Hand in Hand gehen muss versteht sich von selbst. Bemerkenswerth erscheint mir eine Beobachtung, die ich bei einer ganzen Reihe von solchen Kranken machte. Ich konnte regelmässig zugleich mit einer Zunahme des Körpergewichts eine oft sehr erhebliche Abnahme des Umfangs constatiren. In allen diesen Fällen kamen nur Bäder, und keine Trinkcur zur Anwendung.

Die hiesigen Bäder eignen sich also auch ganz besonders zu Entfettungscuren. Zweifellos handelt es sich dabei ebenfalls nur um eine Wirkung auf die Lymphbahnen. In Folge der Beschleunigung des Lymphstroms werden aus dem lockeren Zellengewebe die wässerigen Bestandtheile zu einem erheblichen Theil ausgezogen.

Nicht unerheblich ist ferner die Zahl der Gichtkranken, die in Nauheim zur Behandlung kommen. Trotzdem die Literatur über diese Krankheit so gross ist, wie über kaum eine andere, sind die Anschauungen über das Wesen der Gicht noch nicht geklärt.

Ich will nicht behaupten, dass die gichtische Disposition durch den Gebrauch der hiesigen Bäder allein beseitigt werden könnte, aber dass die localen gichtischen Entzündungsprocesse sich zurückbilden das lehrt uns die Erfahrung. Nicht allein in Verbindung mit einer Trinkcur — der Carlsbrunnen wird hauptsächlich zu dem Zweck genommen — sondern auch ohne Trinkcur, ganz allein in Folge des Gebrauchs der Bäder schwinden die gichtischen Anschwellungen. Ich habe absichtlich in einer Reihe von Fällen von jeder Trinkcur abgesehen, und ganz eclatante Erfolge allein durch die Bäder erzielt.

Unter den Indicationen der hiesigen Bäder ist ferner Scrophulose zu verzeichnen. Die Streitfrage ob die Scrophulose sich auf einer tuberkulösen Grundlage entwickellt, oder ob umgekehrt die Tuberkulose erst die Folge der srophulösen Disposition ist, dürfen wir wohl heute als in letzterem Sinn entschieden betrachten.

Dass bei der scrophulösen Disposition die anatomischen Verhältnisse der Lymphgefässe eine wesentliche Rolle spielen, betonte schon Hüter. Er nahm an, dass die Lymphgefässe abnorm weit und deshalb die Lymphbewegung eine verlangsamte sei. Die ausserordentlich günstige Wirkung der Nauheimer Bäder bei Scrophulose spricht jedenfalls für die Richtigkeit dieser Hüter'schen Ansicht. Besonders von den älteren Nauheimer Aerzten sind eine grosse Reihe sehr gut beobachteter Fälle von Scrophulose veröffentlicht, in denen die Wirkung der Bäder eine ganz auffällige war.

Von den Krankheiten, die hier zur Behandlung kommen, sind schliesslich noch die Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe zu erwähnen. Auch von diesen Krankheiten kommen nur diejenigen in Betracht, bei denen es sich um Infiltration des Bindegewebes handelt, Metritis, Peri- und Parametritis, Endometritis und ein Theil der Fibromyome. Am zweckmässigsten lässt man bei diesen Leiden auf jedes Bad noch Massage nach Thure Brandt folgen.

Die Auflockerung und Resorption der Infiltrationen erfolgt auch durch die Bäder allein, aber durch die Massage wird die Resorption der durch das Bad erweichten Partien erheblich beschleunigt, während andererseits Massage allein oft nicht genügt. Ich konnte durch dieses combinirte Verfahren bei einigen sehr ausgedehnten alten parametritischen Exsudaten, die ich vor der Badecur schon längere Zeit ohne vollen Erfolg mit Massage behandelt hatte, vollkommene Heilung erzielen.

Ganz besonders eclatant ist die Wirkung der hiesigen Bäder bei der chronischen Metritis der pastösen Frauen mit der rheumatischen Disposition, die ich schon oben erwähnt habe. Der vorher vergrösserte Uterus wird kleiner, weil das lockere, weiche Gewebe fester wird, und schon nach kurzer Zeit schwindet das unbehagliche Gefühl von dauerndem Druck im Unterleib, über das die

Kranken vor allen Dingen klagten. Der grösste Theil aller Retroversionen und Retroflexionen ist aus einer chronischen Metritis hervorgegangen. Der Krankheitsprocess geht allmählich in die Umgebung des Uterus, in die Beckenmuskulatur, vor allen Dingen den levator ani, sowie in die Bindegewebsstränge, die mit den Nerven und Gefässen verlaufen, über. Aus letzteren entwickeln sich dann, sobald das Gewebe narbig, fester wird, die strangartigen Adhäsionen, die, weil sie in der Umgebung der Nerven verlaufen, oft unerträgliche Beschwerden hervorrufen.

In den Anfangsstadien wird durch die Bäder das Fortschreiten des Krankheitsprocesses verhütet, und vollständige Resorption erzielt, und auch noch in den spätesten Stadien können die festen, narbigen Massen, besonders wenn man zugleich noch Massage anwendet, zur Erweichung und schliesslichen Resorption gebracht werden.

Eine ganze Reihe von Erkrankungen bleibt also auch nach sorgfältiger Auswahl noch übrig, in denen die Nauheimer Bäder mit unbedingtem Erfolg zur Anwendung kommen. Bei allen diesen Krankheiten handelt es sich, wie ich schon oben betonte, um Stockungen in den Lymphbahnen, und die Nauheimer Bäder üben ihre heilsame Wirkung aus gleichviel ob diese Infiltrationen sich in dem Muskelgewebe des Herzens, oder des Uterus, ob sie sich in den bindegewebigen Partien des Rückenmarks oder der peripheren Nerven, ob sie sich in dem Gewebe des scrophulösen Kindes oder des Rheumatikers vorfinden.

Es erübrigt mir nun noch Einiges über die Heilmittel, die hier zur Verwendung kommen, zu sagen. Trinkcuren werden jetzt nicht mehr in der Ausdehnug, wie früher, verordnet. Sie kommen noch zur Anwendung bei chronischen Magen- und Darmcatarrhen, bei Leberanschoppung und dergleichen. Es sind drei Trinkquellen vorhanden. Zwei von ihnen, der Curbrunnen und der Carlsbrunnen sind hochsalzhaltig, während der dritte, der Ludwigsbrunnen, ein alkalischer Säuerling ist. Curbrunnen und Ludwigsbrunnen gemischt ergeben ein Wasser, das in Zusammensetzung und Wirkung dem Kissinger Rakoczy gleich ist.

Das wesentlichste der hiesigen Heilmittel sind die Bäder, zu denen das Wasser in natürlicher Wärme von 31°, resp. 33° Celcius von den beiden Sprudeln geliefert wird, die aus einer Tiefe von 159 resp. 180 Meter hervorquellen. Neben einem grossen Procentsatz Chlornatrium und anderen Chlor-, Brom-, Jod- und Eisenverbindungen, sowie schwefelsauren und doppeltkohlensauren Salzen enthalten sie eine grosse Menge freier und halbgebundener Kohlensäure. Wie ich in der oben schon erwähnten Arbeit ausgeführt habe, ist die Wirkung der Bäder eine specifische und auf die Gesammtheit der vorhandenen Bestandtheile in dem gegebenen Verhältniss zurückzuführen.

Die Bäder werden in verschiedener Form je nach der Krankheit und den individuellen Verhältnissen des Kranken verabreicht. Sie kommen als einfache Soolbäder, als Thermalbäder und als Sprudelbäder zur Anwendung. Bei den beiden letzteren Formen kann durch fortwährendes Zuströmen frischen Wassers (Strombäder) die Wirkung noch erhöht werden. Nach Eröffnung des neuen Badehauses Nr. VI, die mit Beginn der diesjährigen Saison vor sich gehen wird, stehen 260 Badezellen zur Verfügung, eine stattliche Anzahl gegenüber den 9 Zellen, mit denen im Jahr 1835 das Bad Nauheim eröffnet wurde.

Bis jetzt währt die eigentliche Saison vom 1. Mai bis 1. October, aber es machte sich schon seit einigen Jahren das Bedürfniss geltend die Badezeit auszudehnen, und es werden deshalb Bäder schon vom 1. April an und bis zum 1. November abgegeben.

Wenn sich Nauheim so weiter entwickelt, wird auch das freilich nicht lange genügen, und es wird allmählich eine Wintercur eingerichtet werden müssen.

Referate.

Dr. C. Schlatter: Ueber Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens — Oesophagoenterostomie — beim Menschen. Corr.-Bl. für Schw. Aerzt. 1897 Nr. 23.

Obgleich neuerer Zeit Magenresectionen von erstaunlicher Grösse mehrfach gemacht worden sind, erwiesen sie sich doch niemals als Totalexstirpationen und lagen mithin über die Folgeerscheinungen bei vollkommener Ausschaltung des Magens bisher keinerlei Beobachtungen vor.

Es fanden z. B. Schuchardt 1897 bei der Obduction eines von ihm vor $2^1/_2$ Jahren Gastrectomirten, dass sich aus kleinen Resten des Cardialtheiles ein ganz ansehnlicher neuer Magen entwickelt hatte und Ludwig und Ogata beim berühmten Czerny'schen Hunde, der mehr als 5 Jahre die Totalresection überlebt hatte, dass ein kleiner Theil der Magenwand doch noch zurückgeblieben war und später eine kugelige, zur Beherbergung von Speisen geeignete Höhle bildete, demnach einwandfreies Beweismaterial für das Fortbestehen des Lebens bei vollständigem Fehlen des Magens nicht existirte. S. war jetzt, am 30. Oct. 1897, in der Lage dem ärztl. C.-V. in Olten eine 56-jährige Pat. vorzustellen, an der er wegen klein-alveolären Drüsenzellencarcinoms am 6. Septbr. 1897 die totale Entfernung des Magens, über seine Grenzen hinaus, ausgeführt und die so unterbrochene Communication des Verdauungstractus durch Einnähen einer Dünndarmschlinge in das untere Oesophagusende hergestellt hat. Um über die Grösse der Resection ein unanfechtbares Urtheil zu haben, liess S. Stückchen beider Enden des excidirten Magens von Prof. Ribbert untersuchen und constatirte dieser, dass das eine Stück dem Oesophagus, das andere dem Duodenum angehöre. Wichtiger als die Operations- und Krankheitsgeschichte dieses äusserst interessanten Falles dürften die Betrachtungen sein, welche Verf. an die complete Absenz eines so unentbehrlich erscheinenden Organes knüpft. Schon der Wegfall der einfachen Reservoirwirkung des Magens, welche den Darm vor Ueberladung und extremen Temperaturen schützt, mehr aber noch das Fehlen der mechanischen Thätigkeit, der den Inhalt verarbeitenden und mit Magensaft durchtränkenden Bewegungen scheinen undenkbar und wie soll der Ausfall der Salzsäure, des Pepsins, und Laabferments gedeckt werden? Was ist zu erwarten, wenn die desinficirende Wirkung der Magensalzsäure nicht mehr vorhanden und die pathogenen Organismen des Milzbrandes, der Cholera, des Typhus, der Diphtherie, des Tetanus etc. unangefochten in den Darm treten können; was geschieht, wenn die hemmende Wirkung der Salzsäure des Magensaftes auf die Gährungs- und Fäulnissvorgänge im Darm aufhört und wie steht es mit dem Wegbleiben, des Resorptionsvermögens des Magens für einige diffussionsfähige Stoffe? Verf. verfolgt nun die Ausfallswirkung jeder einzelnen Magenfunction während und nach der Heilung seiner Patientin. Den Ausfall der Reservoirwirkung des Magens versuchte er durch Darreichung kleiner, erwärmter Nahrungsmengen in kurzen Intervallen zu corrigiren; stärkere Ueberladungen, z. B. die Verabfolgung von ca. 300 ccm. Nahrung pro Mahlzeit, schienen Brechbewegungen auszulösen, kalte Speisen Diarrhöen und leichte Temperaturerhöhungen zu erzeugen. Dem Ausfall der mechanischen Thätigkeit des Magens trug er Rechnung, indem er Nahrungsmittel wählte, welche möglichst leicht und rasch den Magen verlassen, ohne auf die Wirksamkeit dieses Organs angewiesen zu sein (zunächst Flüssigkeiten: Milch, Bouillon, erstere event. mit Cognac, letztere mit Ei; in der 2. Woche: gehacktes Fleisch, breiige Mehlspeisen, auch 100,0 Malaga pro die; in der 3. Woche sogar Bratwurst und Poulet, später Kalbsbraten und Semmel). Die Nahrungsaufnahme erfolgte in 2—3-stündigen Intervallen und das Tagesquantum bestand durchschnittlich aus nahezu einem Liter Milch, 2 Eiern, 100—150,0 Gries, 200,0 Fleisch, 200,0 Hafer- oder Gerstenschleim, 1 Glase Thee und meist 2 Semmeln mit 15,0 Butter. Die Furcht vor dem chemischen Ausfall der Magenfunction, welchem durch Verabreichung von Salzsäure, die alsbald vom Pankreassecret neutralisirt, und des Pepsins, das in alkalischer Lösung wirkungslos wird, nicht abgeholfen werden kann, war erfreulicher Weise unbegründet; die Ausnutzung der Eiweissstoffe war eine vorzügliche (wie tägliche Analysen zeigten), ebenso die der Kohlenhydrate. Sogar Gallensäuren waren in den Fäces

nachzuweisen und auch die mikroskopischen Untersuchungen des Stuhls liessen nicht die geringste Abweichung vom Normalen erkennen (Pat. nahm seit der Operation — in fast 2 Monaten — um 4400 grm. an Körpergewicet zu). Es ist das Trypsin des Pankreasferments, welches so hohe proteolytische Wirksamkeit besitzt, dass es die Pepsinverdaunng vollständig entbehrlich machen kann und stimmt diese Beobachtung ganz mit den Erfahrungen vieler Forscher bei Thierversuchen überein (Kaiser, Pachon, Carvallo, de Filippi etc.). Auch der Ausfall des Magen-Laabferments macht keine merklichen Störungen, denn der Darmkanal hat sein eigenes Laabferment (Roberts, Harric und Gow). Noordens Angabe, dass Salzsäuremangel im Magen keinen Einfluss auf den Ablauf der natürlichen Fäulnissprocesse im Darm gewinne, wurde voll bestätigt, da die fortlaufend vorgenommenen Harnuntersuchungen nur in 3 aufeinanderfolgenden Tagen eine Vermehrung des Indoxyl- und Skatoxylgehaltes erkennen liessen und im Stuhl der Indol- und Skatolgehalt niemals abnorm war. Was die antiseptische Wirkung des Magensaftes auf verschiedene pathogene Organismen anbetrifft, so darf dieselbe nicht überschätzt werden; die Tuberkelbacillen wie die Sporen des Milzbrandbacillus zerstört der Magensaft nicht und Falk und Frank gelangen zum Schlusse, dass die Verdauungssäfte keinen allgemeinen und wirksamen Schutz gewähren. Hinsichtlich der resorptiven Thätigkeit des Magens wäre zu bemerken, dass nach neueren Forschungen nur bei einer Substanz, beim Alcohol, hohe Resorptionswerthe gefunden wurden, nicht aber bei den hauptsächlichsten Nahrungsstoffen. — Ausser diesen Fragen specifisch functioneller Natur drängen sich noch andere auf, zunächst die: ob die Durchwanderudg der Nahrung bei magenlosen Individuen nicht um etwa 1½—5½ Stunden, die für den wegfallenden Aufenthalt im Magen abgezogen werden müssten, beschleunigt ist? Verf. konnte wegen der minimale Schlacken führenden Nahrung in dieser Beziehung keine Schlüsse ziehen; Holzkohle verschluckte die Pat. ungern, gekochte Heidelbeeren gingen aber drei Mal, 24 Stunden nach ihrer Aufnahme, im Stuhl ab. Anbetreffs des Zustandekommens von Brechattaquen bei seiner Operirten, die doch nicht mehr über antiperistaltische Bewegungen der Magenwand verfügte, nimmt S. an, dass das Brechcentrum auf dem Wege des Reflexes nicht nur vom Magen, sondern auch ganz leicht von anderen Digestionsorganen beeinflusst wird und im vorliegenden Falle das Hauptreservoir für die Menge von 300 ccm. Erbrochenem wohl das vielleicht schon etwas erweiterte Dünndarmrohr war. — Noch auf das, in Mering'scher Deutung immerhin auffallende Ausbleiben der Magentetanie bei seiner Kranken hinweisend, schliesst Verf. mit der Bemerkung, dass 1) sein Fall die Frage, ob die totale Entfernung des Magens sich auch beim Menschen mit einem längeren Fortleben des Organismus verträgt, bejaht, 2) dass der Magen hauptsächlich ein Schutzorgan für den Darm ist und 3) dass der Darm bei geeigneter Nahrung völlig die chemische Arbeit des Magens übernehmen kann.

Fremmert.

Gilman Thompson: Der klinische Werth der Widal'schen Typhusreaction. Br. Med. Journal 1897. 18. December.

Auf Grund von Untersuchungen an 503 Fällen, von denen 157 zweifellos Typhusfälle waren, kommt der Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Widal'sche Reaction fällt positiv aus in der grossen Mehrzahl der Typhusfälle, negativ bei den meisten anderen Krankheiten. Fehler kommen vor durch positive Reaction bei nicht Typhösen und durch negativen Ausfall der Reaction bei Typhösen und zwar in beiden Kategorien in ca. 11—12%. 2) Unglücklicher Weise betreffen diese 23% von Fehldiagnosen gerade die klinisch zweifelhaften Fälle. 3) Die Reaction hat ungefähr den Werth der Diazoreaction bei Typhus oder entspricht der Leucocytose bei Pneumonie d. h. unterstützt die Diagnose zusammen mit den übrigen Symptomen, führt aber zu Fehlern, wenn man sich ausschliesslich auf sie verlässt.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Emil Redlich: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangerkrankung. Mit 4 lithographischen Tafeln und 7 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1897. 191 pag.

Diese aus dem Laboratorium von Prof. Obersteiner in Wien hervorgegangene Monographie darf den Anspruch erheben, den gegenwärtigen Stand der Pathologie der tabischen Hinterstrangsdegeneration in umfassender und kritischer Weise dargelegt zu haben. Jahrelange eigene Untersuchungen sowie genaue Kenntniss und Kritik der enormen Literatur liegen der Arbeit zu Grunde. Der Inhalt gliedert sich folgendermassen: I. Abschnitt (55 pag.). Normale Anatomie der hinteren Wurzeln und des Hinterstranges. — II. Abschnitt (pag. 56—118). Die pathologischen Veränderungen des Hinterstranges und des Hinterhornes bei der Tabes dorsalis. Die Schlussfolgerung besagt, dass «die Ausbreitungsweite der tabischen Hinterstrangserkrankung in der Weise beginnt, dass in einer beschränkten Partie des Rückenmarks ganze Wurzelgebiete, wenn auch schwach degeneriren; dass der weitere Fortschritt darin besteht, dass immer neue Segmente befallen werden, andererseits die bereits ergriffenen intensiver, dass heisst, in der Mehrzahl ihrer Fasern erkranken. Insofern ist die tabische Hinterstrangserkrankung keine Systemerkrankung im gewöhnlichen Sinne, höchstens eine Erkrankung im Systeme der hinteren Wurzeln, eine exogene Hinterstrangserkrankung (Marie), oder, wie wir jetzt sagen können, eine Degeneration der spinalen Ausbreitung des centripetalen Protoneurons (Massary)». — III. Abschnitt (pag. 119—140). Zur Aetiologie der Tabes. Das Resumé dieser Ausführungen lautet: «In der Mehrzahl der Fälle von Tabes ist vorausgegangene Syphilis als das entscheidende aetiologische Moment anzusprechen. Der Procentsatz der so zu erklärenden Tabesfälle dürfte weit über die Hälfte betragen. Die Tabes ist nicht unter die gewöhnlichen syphilitischen Erscheinungsformen einzureihen. Als der Syphilis gleichwerthig können wir für eine kleine Zahl von Fällen infectiös-toxische Processe ansprechen, weiters Erkältungen, Traumen. Wahrscheinlich bedarf es jedoch für die Entwickelung der Tabes, insbesondere für deren progressiven Charakter weiterer Hülfsmomente, unter denen in erster Linie Ueberanstrengungen, speciell der unteren Extremitäten, Erkältungen genannt seien. Also auch nach der aetiologischen Seite hin müssen wir die Tabes als eine exogene Krankheit bezeichnen». — IV. Abschnitt (pag. 141—191). Pathogenese der tabischen Hinterstrangserkrankung. Hier sieht sich Verf. gezwungen, seine zusammen mit Obersteiner aufgestellte «Einschnürungstheorie», der zufolge die hinteren Wurzeln durch die narbige Retraction einer chronischen Meningitis abgequetscht und dadurch zur Degeneration gebracht werden sollten, zu modificiren. Seine Theorie formulirt er jetzt, wie folgt: «Durch die die Tabes bewirkenden pathologischen Veränderungen kommt es zu einer Degeneration der hinteren Wurzeln, die zunächst die centralwärts von der Eintrittsstelle der hinteren Wurzeln gelegenen Abschnitte derselben betrifft. Es erscheint dabei wahrscheinlich, dass die Degeneration der hinteren Wurzeln ihren Ausgangspunkt von der Eintrittsstelle der Wurzeln nimmt, die schon vermöge ihrer physiologischen Verhältnisse Schädlichkeiten gegenüber weniger widerstandsfähig erscheint, als die anderen Partien. Erst in zweiter Linie wird auch der dem Spinalganglion anhaftende Antheil der hinteren Wurzeln, und zwar bis an seinen Ausgangspunkt von den Spinalganglienzellen, in den Degenerationsprocess einbezogen. Der Untergang der Nervenfasern der hinteren Wurzeln an der Eintrittsstelle dürfte in seltenen Fällen durch eine Meningitis mit Schrumpfung, Infiltration der Wurzeln selbst, Druck und Fortpflanzung von Entzündungsvorgängen von Seite veränderter Gefässe an der Eintrittsstelle der Wurzeln u. s. w. bedingt sein».

Das Werk wird auf lange Zeit hinaus ein Markstein auf dem Entwickelungswege der Tabesfrage bleiben.

Michelson.

A. Auvard: Praktisches Lehrbuch der Gynäkologie. Leipzig, Barsdorff 1898.

Die 2. und 3. Abtheilung des Auvard'schen Lehrbuchs ist jetzt erschienen und damit das Werk in deutscher Uebersetzung dem ärztlichen Publikum zugänglich. Schon gelegentlich der Besprechung der 1. Abtheilung dieses Buches konnten wir auf seine Vorzüge hinweisen. Fritsch hat ganz Recht, wenn er in der Vorrede zur deutschen Uebersetzung sagt, dass von den modernen Autoren vielleicht Niemand das Geschick habe, krankhafte Zustände in Wort und Bild so einfach und klar zu schildern wie Auvard. Die zahlreichen schematischen den Kern der Sache treffenden Zeichnungen erleichtern das Verständniss dem Anfänger ungemein. Einige Kapitel wie Erkrankungen der Harnwege und des Rectums, die in den meisten Lehrbüchern der Gynäkologie fehlen werden natürlich dem Leser nur hochwillkommen sein. Von verwandten Gebieten, auf denen der Frauenarzt auch beschlagen sein muss werden ferner sogenannte pseudogenitale Affectionen besprochen, unter denen die Neuralgien, Dyspepsien, Tumoren verschiedener Nachbarorgane und der Ascites verstanden werden. Das Buch eignet sich nicht nur für den Frauenarzt zum Nachlesen, sondern dürfte wohl das beste Buch über Gynäkologie für den praktischen Arzt sein. Sicherlich wird es auch unter den deutschen Aerzten eine weite Verbreitung finden.

W. Beckmann.

Penzoldt und Stintzing: Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Rickers Verlag 1897.

Die russische Uebersetzung dieses capitalen Werkes ist jetzt bis zur 25. Lieferung gediehen und nähert sich ihrem



Abschluss. Unterdessen ist aber die erste Auflage des Originals schon vergriffen und wird schon mit der Ausgabe der II. Auflage begonnen. Jedenfalls der beste Beweis für die Gediehenheit dieses Buches. Man kann nur wünschen, dass auch die russche Auflage ebenso schnellen Absatz finde. Dies wünschen wir vor Allem dem Verleger, der die Kosten nicht geschent hat dem Buche eine würdige Ausstattung zu geben. B.

J. Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Vierte vermehrte und neubearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von Georg Thieme 1897. Preis 10 Mark.

In verjüngter und im Laufe der Jahre bedeutend erweiterter Form liegt uns die vierte Auflage des bereits bekannten Boas'schen Handbuches vor. Der hohe praktische und wissenschaftliche Werth, den welcher schon bisherigen Auflagen zukam, erfährt in der neuen eine Steigerung, durch die Aufnahme einer Reihe von Fragen, welche durch die Forschungen während der letzten Jahre ihrem Abschlusse nahe gekommen sind. Dass auch diese Auflage besonders den Bedürfnissen des Praktikers entgegenkommt, möge besonders betont werden; ebenso ist die Darstellung knapp und doch vollständig. Die Neubearbeitnng erstreckt sich auf alle Kapitel. Der Leser wird dem Verf. besonders für die Erweiterung des therapeutischen Theiles Dank wissen. K—r.

A. v. Weissmayr: Zur Klinik der primären Neoplasmen der Pleura. Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie. Heft 17. Preis 2 Mark. Wien und Leipzg. Wilhelm Braumüller. 1897.

Verf. bespricht auf Grund von fünf Fällen eigener Beobachtung, darunter zwei mit Sectionen, die Klinik der Neoplasmen der Pleura. Die Fälle sind in Bezug auf die primäre Localisation in der Pleura zum Theil nicht ganz einwandsfrei. Die einzelnen Abschnitte sind mit genügender Ausführlichkeit bearbeitet. K—r.

Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, herausgegeben von Prof. Leuhartz und Prof. Rumpf, sowie den Aerzten der Anstalten, unter Redaction von Prof. Rumpf. Verlag v. Leopold Voss in Hamburg. Band I. Heft 2, 3. 1897.

Bei uns noch wenig bekannt, verdienen die Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten ein reges Interesse. Sie enthalten in grosser Mannigfaltigkeit eine stattliche Anzahl von meist vortrefflichen Arbeiten und Erfahrungen, wie sie nur aus dem Alltagsleben grosser und in jeder Beziehung mustergültiger Anstalten, wie die Hamburgischen gewonnen und geboten werden können. Casuistische Beiträge über seltenere Vorkommnisse, Erfahrungen über neuere Behandlungsmethoden auf therapeutischem, chirurgischem, gynaekologischem und anderen Gebieten, klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen, Beschreibungen einiger technischen Vervollkommnungen, mit einem Worte alles, was eine rege praktische und geistige Hospitalthätigkeit zu fördern und und zu schaffen vermag, finden wir in diesen Blättern gesammelt. Es ist viel Leben in ihnen und ein frischer Hauch weht durch sie. Wir zweifeln nicht daran, dass sie die Aufmerksamkeit und den Beifall der Interessenten gewinnen werden, zumal sie an Wissenschaftlichkeit und Ausstattung nichts zu wünschen übrig lassen. Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

632. Sitzung am 23. December 1897.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Heuking.

1. Herr Hellat demonstrirt folgende Präparate:

1) Flüssigkeit (etwa 5 gramm), die im Verlaufe von 2—3 Stunden aus einer Trommelfellperforation bei Otitis media serosa hervorgesickert war. Die Flüssigkeit war im frischen Zustande wasserklar, und tröpfelte im Verlaufe von mehr als einer Woche trotz einschlägiger Behandlung beständig hervor. Die Secretion hörte auf (ohne je Uebergang in eitrige Form genommen zu haben), sobald adenoide Wucherungen exstirpirt wurden. Neben den adenoiden Wucherungen bestanden Rhinitis acuta und Catarrhus retronasalis ac.

2) Pflaumengrosser fibröser Polyp, bei einem angehenden Sänger mit der kalten Schlinge von der rechten Seitenwand des Nasenrachenraumes durch den Mund exstirpirt. Die Beschwerden bestanden in einem Gefühl von Hinderniss beim Schnauben und erschwerten das Treffen der Noten.

3) Kleiner Trommelfellpolyp, welcher auf einem Wattebäuschen sitzt und mit letzterem gleichzeitig aus dem Ohre entfernt wurde. Scheinbar war der Polyp durch den Wattebausch hervorgerufen worden. Perforation des Trommelfells bestand nicht.

4) Theile eines Cholesteatoms, eines nach Hellat's Erfahrungen seltenen Leidens in Petersburg. Trotz eines recht beträchtlichen Materials, das der Berichterstatter im Laufe von 8 Jahren in Petersburg unter den Händen gehabt hat, ist das der erste Fall dieser Krankheitsform in seiner Praxis. In Berlin hat er das Leiden ungleich viel häufiger beobachtet. — Der vorliegende Fall war auch deshalb bemerkenswerth, weil trotz starker Usurirung des Knochenrandes des äusseren Gehörganges, das Trommelfell vom Cholesteatom doch nicht perforirt war.

Anknüpfend an die Demonstration des letzten Präparates — Cholesteatom — bestätigen die Herren Moritz, Heuking und Wanach die relative Seltenheit dieses Leidens in Petersburg, wissen aber doch aus eigener Anschauung über einige einschlägige Fälle zu berichten; und zwar ersterer aus der Praxis der Chirurgen des Alexander-Männer-Hospitals, letztere beiden über einen resp. zwei Fälle ihrer eigenen Praxis, wo sie nach Aufmeisselung des Prac mastoideus das Mittelohr und das Antrum mastoideum mit cholesteatomatösen Massen angefüllt fanden.

2. Herr Petersen: berichtet über folgenden Fall von Arzneiexanthem.

Ein 35 jähriger Mann, der bereits vor 2 Jahren die Erfahrung gemacht hatte, dass nach Einnahme von Chinin handtellergrosse blutrothe Flecken am Stamme, an den Armen und Oberschenkeln sich bilden, vermied den Gebrauch dieses Medicaments, sah sich im Sommer jedoch von Neuem veranlasst, zu ihm seine Zuflucht zu nehmen und wieder bekam er ein Erythem, welches ganz die Eigenschaften des früher aufgetretenen aufwies. — Unlängst entschloss er sich wegen heftigen Zahnschmerzen wieder zur Einnahme von Chinin — der Erfolg war wieder der gleiche Prof. Petersen konnte das Erythem an den Armen, den Füssen, am Scrotum und an der Haut der Reg. suprabubica beobachten.

Pat. nahm jetzt aber ausser dem Chinin noch Opium — und sah 10 Minuten darauf an den Händen sich bohnen — bis wallnussgrosse Blasen bilden. — Es scheint somit bei diesem Manne eine Idiosynkrasie gegen zwei sehr gebräuchliche Medicamente und der seltene Fall des gleichzeitigen Aufschiessens zweier Arzneiexantheme vorzuliegen.

3. Herr Moritz referirt die Krankengeschichte eines 60-jährigen Mannes mit osteomalacischer Erweichung einzelner Skeletttheile.

Patient, der vom 26. November bis zum 19. December im Hospital lag, klagte über rheumatoide Schmerzen in den Gliedern, besonders in den Gelenken, die sich bei Bewegungen besonders steigerten; dabei waren die Gelenke jedoch frei von Erguss und Deformation. Beim Sitzen empfand er sehr arge Schmerzen in der Wirbelsäule; nur in liegender Stellung fühlte er sich einigermassen schmerzfrei. Bei der Palpation erwiesen sich auch die Beckenknochen, besonders das Kreuzbein als sehr empfindlich. Druckempfindlichkeit bestand auch am Sternum, jedoch nicht gleichmässig über den ganzen Knochen vertheilt, sondern nur stellenweise, so dass hart neben schmerzhaften Partien vollständig unempfindliche lagen. — Ganz ähnliche Verhältnisse fanden sich an einigen Rippen. Die 2. und 4. Rippe beiderseits war gegen Druck empfindlich abnorm flexibel und bot dem palpirenden Finger deutlich erweichte Stellen dar. Ein sehr schmerzhafter Punkt bestand über der 5. rechten Rippe, gerade an der Vereinigungsstelle zwischen Knochen und Knorpel der Rippe; hier lag auch eine Fractur vor: Beide Fragmente federten und man konnte deutliche Crepitation fühlen.

Die Untersuchung des ganzen übrigen Körpers ergab, abgesehen von den Knochen, vollständig normale Verhältnisse: an den inneren Organen nichts bemerkenswerthes; die Milz war normal; die Lymphdrüsen nicht hyperplastisch; in den Weichtheilen nirgends härtere oder schmerzhafte Partien, die für Geschwulstknoten hätten angesprochen werden können. Kein Struma.

Wofür sollte man das Krankheitsbild halten? Multiple locale Erweichungen einzelner Skeletttheile kommen im Geleite verschiedener Krankheitszustände vor; so bei der Dissemination sarcomatöser und krebsiger Tumoren und bei Strumen. — Doch fehlte jeder Hinweis auf die Existenz irgend eines primären malignen Tumors. Die Möglichkeit des Bestehens einer Leukämie wurde auch erwogen — doch sprach dagegen die Abwesenheit eines Milztumors und jeder Lymphdrüsenhyperplasie Es blieb nichts weiter übrig als an Osteomalacie zu denken, obschon diese Krankheit, zumal an einem Manne, bei uns als grosse Seltenheit anzusehen ist. Vortragender erinnert sich blos ein einziges Mal an einem Manne unzweifelhafte Erscheinungen der Osteomalacie gesehen zu haben, während in einem zweiten Falle, einen 17-jährigen Jüngling betreffend, nur von einem Verdachte auf Osteomalacie die Rede sein konnte. Auch im vorliegenden Falle ist ein bestimmter Aus-

spruch kaum möglich, doch legt die Ausschliessung jeder anderen nachweisbaren Ursache der Erweichung und Fragilität der Knochensubstanz die Diagnose der Osteomalacie sehr nahe. Eine gewisse Bestätigung findet übrigens diese Diagnose in dem Ergebnisse einer im Laboratorium des Prof. Poehl ausgeführten Harnanalyse: im Urin fand sich in sehr geringer, aber immerhin messbarer Menge Milchsäure nebst phosphorsaurem Kalke — ein Befund der bekanntlich von einigen Autoren als charakteristisch für Osteomalacie angesehen wird.

In ätiologischer Beziehung liess sich im gegebenen Falle nichts feststellen, was auf die Entstehung der Krankheit hätte Licht werfen können. In der Literatur findet man mehrfach die Vermuthung ausgesprochen, das feuchte und besonders lichtarme Wohnungen eine Disposition zur Erkrankung an Osteomalacie liefern. Unser Patient, seines Zeichens Schneider, lebte allerdings in dürftigen Verhältnissen, betonte jedoch ausdrücklich, dass seine Wohnung weder feucht noch dunkel war.

Der Patient entzog sich nach einer Weile der weiteren Beobachtung. Behandelt wurde er mit grösseren Dosen von Calciumhypophosphit.; gegen seine Schmerzen erhielt er gelegentlich Narcotica.

Ausserdem wurde ihm kräftigste Nahrung vorgeschrieben — doch bei vollständiger Entziehung von Milch um jeder Bildung von Milchsäure im Organismus nach Möglichkeit vorzubeugen.

Discussion.

Herr Wanach: In dunklen Fällen multipler Knochenerkrankungen ist ausser der Osteomalacie immer an Sarcom und Strumametastasen sowie Knochenechinococcen zu denken. In dem von Herrn Moritz referirten Fall scheint nichts davon vorgelegen zu haben. Vielleicht käme differentialdiagnostisch noch ein äusserst seltenes, von Nothnagel beschriebenes und Lymphadenia ossium genanntes Knochenleiden in Betracht (Festschrift zu Virchow's 70. Geburtstag, ref. in der St. Petersb. med. Wochenschr. 1892, pag. 270). Es handelte sich anatomisch um ausgedehnten Schwund des Knochenmarks in den Epiphysen, den platten Knochen des Rumpfes und Beckens sowie der Wirbel; an Stelle des Knochenmarks war ein succulentes, weiches Gewebe von ausgesprochen lymphadenoidem Bau getreten, in dem gleichzeitig Neubildung von Knochensubstanz in Form von zarten Knochenbälkchen und Osteophyten statt fand. Es fanden sich auch Hyperplasie der Milz und Lymphdrüsen und schwere Blutveränderungen, namentlich Abnahme und Formveränderungen der rothen Blutkörperchen (secundär). Diese Veränderungen wurden z. Th. bei der von Kundrat ausgeführten Section constatirt. Klinisch begann der Nothnagel'sche Fall mit wechselnden Knochenschmerzen, Fieberanfällen und zunehmender Schwäche. Später Auftreibung verchiedener Rumpfknochen und der Extremitätendiaphysen, bei starker Druckempfindlichkeit, mässige Vergrösserung der Lymphdrüsen, Oedeme, Anämie, Kachexie. — In dem Fall von Dr. Moritz könnte es sich um den Beginn eines ähnlichen Leidens handeln. Wenn andere Mittel im Stich lassen, könnte man in solchen dunkelen Fällen die Patienten mit Knochenmark füttern; Versuche damit sind namentlich in der neueren englischen Literatur beschrieben. Die Anregung zu solchen, freilich theoretisch sehr mangelhaft begründeten, Versuchen liegt in der modern gewordenen sog. Organotherapie.

Herr Dobbert: Dem klinischen Bilde der Osteomalacie können sehr verschiedene anatomische Verhältnisse zu Grunde liegen, woher einzelne Autoren auch eine Scheidung durchgeführt wissen wollen zwischen einer typischen Osteomalacie und pseudomalacischen Zuständen. In beiden Gruppen von Fällen werden Knochenerweichung und davon abhängige Verbiegungen und spontane Knochenbrüche beobachtet. Eine sichere Trennung der Fälle wird häufig allerdings erst auf dem Sectionstisch ausführbar sein. — Die typische Osteomalacie kommt vorzugsweise bei Frauen während der Schwangerschaft und des Puerperiums vor und pflegt, wie aus den in letzter Zeit sich mehrenden Beobachtungen hervorgeht, mit einer eigenthümlichen Veränderung der Ovarien in Zusammenhang zu stehen, welche letztere in einer auffallenden Hyperämie des Organs und in hyaliner Degeneration der Gefässe besteht. Dass in der That ein bestimmter Connex zwischen den eben erwähnten Veränderungen der Ovarien und einem abnormen Chemimus des Stoffwechsels, der sich in der Resorption der Kalksalze des Knochensystems äussert, besteht, — dafür spricht auch der Umstand, dass in vielen Fällen nach Entfernung der Eierstöcke durch Castration und Porrooperation ein Stillstand der Krankheit und Besserung des Zustandes beobachtet worden ist.

Diesen typischen Fällen von Osteomalacie steht eine ganze Reihe von Zuständen gegenüber, wo die Verhältnisse ganz dunkele sind, und wo nur die Section einiges Licht in das Dunkel bringt.

Ein Fall von Oesteomalacie nahm das Interesse der Aerzte des Peter-Paulhospitals Jahre hindurch in Anspruch. Es handelte sich um eine ältere Frau mit hochgradigen Verkrümmungen der Extremitäten; besonders bemerkenswerth war die Leichtigkeit, mit der sich Patientin Fracturen zuzog: eine etwas hastige Bewegung im Liegen genügte, um eine Fractur zu Stande kommen zu lassen.

Herr Kallmeyer hatte Gelegenheit einen Fall von Osteomalacie an einer 50-jährigen Frau zu beobachten. Im Kreuzbein und in der Wirbelsäule bestanden heftige Schmerzen, welche alle Bewegungen in hohem Grade behinderten. Die Frau starb bereits acht Tagen nach Aufnahme ins Hospital. Eine vollständige Section konnte leider nicht ausgeführt werden; doch konnte sich Referent durch ein paar in den Schädel und durch die Rippen geführte Schnitte überzeugen, dass diese Knochen vollständig erweicht waren.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1897.

Zusammengestellt vom Secretär Dr. Ed. Heuking.

Im Laufe des Jahres 1897 hielt der Verein 18 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 20 Mitgliedern und 2 Gästen 33 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 13 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate, Apparate und Abbildungen demonstrirt wurden.

Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disciplinen:

Innere Medicin.

Herr Prof. Dr. Dehio (als Gast): Ueber Myofibrose des Herzmuskels (21. Januar).
Herr Dr. Hackel: Ueber Therapie und Hydrotherapie der chronischen Obstipation (30. September).
» » Hörschelmann: Ueber angeborene Stenose der Pulmonalostien (28. October).
» » Lunin und de la Croix: Ein Fall von Herzruptur (1. April).
» » Moritz: Demonstration eines Sphygmographen mit electrischem Markirapparat eigener Construction (21. Januar).
» » Moritz: Ueber hämorrhagische Lungeninfarcte nach Operationen an der Bauchhöhle (4. Februar).
» » Moritz: Ein Fall von Osteomalacie am Manne (23. December).
» » Mossin: Ueber ein fieberhaftes Exanthem mit nachfolgender Desquamation (7. Januar).
» » Nissen: Ueber einen unter dem Symptomenbilde der multiplen Hirn- und Rückenmarksclerose verlaufenden Fall von Affection des Centralnervensystems bei einem 8-jährigen Knaben (1. April).
» » Nissen: Darlegung des Sectionsbefundes zu vorstehendem Falle (Tumor cerebelli) (13. Mai).
» » Nissen: Ein Fall von Tetanus traumaticus bei einem 7-jähr. Kinde (16. September).
» » Wladimiroff: Ueber den gegenwärtigen Stand der Serumtherapie des Tetanus traumaticus (16. September).

Chirurgie.

Herr Dr. Anders: Ueber die unblutige Reposition der Luxatio coxae congenita (4. März).
» » Anders: Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage des Redressements Pott'scher Kyphosen nach Calot (30. September).
» » Anders: Demonstration des Apparates des Dr. Huhn zur Vereinfachung und Vervollkommnung der Calot'schen Operation (28. October).
» » Blessig und Tiling: Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Durchbruch in die Orbita und die Schädelhöhle (29. April).
» » Heuking: Ueber das Calot'sche Verfahren des Redressements Pott'scher Kyphosen (29. April).
» » Heuking: Zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses mittelst Hessing'scher Apparate (13. Mai).
» » Horn: Demonstration einer Maschine zum Aufrollen und Schneiden von Binden (4. März).
» » Horn: Ueber Therapie des Klumpfusses (28. Octob.).
» » Kreps: Ein Fall von Blasentumor (15. October).
» » Thilo (als Gast): Ueber den Werth der Uebungen zu therapeutischen Zwecken (15. April).

Gynaekologie.

Herr Dr. Beckmann: Beitrag zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien (7. Januar).
» » Beckmann: Zur Casuistik der Myomotomie.
» » Dobbert: Ueber Laparotomie wegen entzündlicher Erkrankungen der Uterusadnexe (11. November).
» » v. Lingen: Zur pathologischen Anatomie der Tube (11. November).

Augenheilkunde.

Herr Dr. Blessig: Ueber den gegenwärtigen Stand der Myopieoperation (9. December).

» » Germann: Augenärztliche Beobachtungen in Syrien und Palaestina, speciell über das Trachom jener Länder (18. Februar).

Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Herr Dr. Hellat: Demonstration von 4 Präparaten aus der rhinologischen und otiatrischen Praxis (23. Decemb.).

» » Hellat: Ueber adenoide Wucherungen an Erwachsenen (25. November).

Hautkrankheiten.

Herr Dr. Hellat: Vorstellung eines Leprösen (29. April).

» Prof. Dr. Petersen: Demonstration eines Falles von Lepra maculosa (13. Mai).

» » Petersen: Ein Fall von Arzneiexanthem (23. December).

Eine ganze Reihe der angeführten Vorträge rief lebhafte Discussion hervor. — Unter den Discussionen sind besonders zwei hervorzuheben. Die eine (in der Sitzung vom 18. März) schloss sich an eine von Dr. Horn in seiner Privatheilanstalt für die Mitglieder des Vereins arrangirte Demonstration seines Roentgen-Apparates, und hatte die Verwendbarkeit des Roentgen-Verfahrens zu diagnostischen Zwecken innerhalb der internen Medicin und der Chirurgie zum Gegenstande.—Die andere Discussion (am 1. April) wurde veranlasst durch die Aufforderung, des Vorsitzenden, H. Dr. Moritz, sich über den Werth des damals unlängst bekannt gewordenen neuen Tuberkulins R. Koch's auszusprechen.

Vermischtes.

— Die russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens unter Anderen den Chef der militär-medicinischen Academie Prof. emer. Dr. Paschutin, den früheren Moskauer Professor der Hygiene Dr. Erismann (jetzt in Zürich lebend) und den Begründer des «Rothen Kreuzes» Henry Dunant (Genf) in Anbetracht ihrer Verdienste um die Gesellschaft und die Hygiene zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der verdiente Ophthalmologe Prof. Dr. Stellwag v. Carion, der vor wenigen Jahren nach erreichter Altersgrenze als Universitätsprofessor in den Ruhestand trat, und der durch seine Arbeiten über Diabetes mellitus bekannte Professor Dr. J. Seegen feierten vor Kurzem in Wien ihr 50-jähriges Doctorjubiläum. (Allg. C.-Ztg.).

— Der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Nikolai Ssaweljew, ist zum ausserordentlichen Professor der speciellen Pathologie und Klinik an der Universität Jurjew (Dorpat) ernannt worden. S. ist seit 1885 als Arzt thätig.

— Die Naturforscher-Gesellschaft in Jurjew (Dorpat) hat in ihrer vor Kurzem stattgehabten Jahresversammlung an Stelle des verst. Professors Russow den bisherigen Secretär der Gesellschaft, Prof. J. v. Kennel (Zoologe) zum Präsidenten und Prof. G. Tamman zum Secretär gewählt, Prof. Dehio ist Vicepräsident der Gesellschaft, welche gegenwärtig 14 Ehrenmitglieder, 16 correspondirende, 172 wirkliche Mitglieder zählt, von denen 100 auswärts wohnen.

— Zum Nachfolger Prof. Iwanowski's auf dem Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin und Toxikologie an der militär-medicinischen Academie ist der Privatdocent Dr. D. Kossorotow gewählt worden. K. ist seit 1891 Privatdocent an der Academie und seit 1894 zugleich Docent für gerichtliche Medicin an der Universität.

— Ernannt: Der Gehülfe des Gebiets-Medicinalinspectors des Donschen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrath Dr. Litanowski — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Kasanschen Militärbezirks; der Divisionsarzt der 5. Infanterie-Division, Staatsrath Dr. Wosnessenski — zum Corpsarzt des 21. Armeecorps.

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: Der Gehülfe des Medicinalinspectors des Kasanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Lubarski, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 29. Januar in Hasenpoth (Kurland) der dortige Kreisarzt, Staatsrath Dr. Rudolph v. Grot im eben vollendeten 62. Lebensjahre. Als Sohn eines Predigers in Kurland geboren, bezog G. 1855 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1859 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war er einige Jahre Landarzt in Kurland bis er im Jahre 1864 nach Hasenpoth übersiedelte, wo er — anfangs als Stadtarzt, dann als Kreisarzt — 35 Jahre hindurch gewirkt hat und sich allgemeiner Liebe und Achtung erfreute. 2) In Lublin am 18. Januar der Kreisarzt Ludwig Schmidt im 76. Lebensjahre am Schlage. Der Hingeschiedene war anfangs Militärarzt, dann Oberarzt des Vincenz-Hospitals und in den letzten Jahren Kreisarzt in Lublin. 3) In Rybinsk der Senior der dortigen Aerzte Julian Smolenski im Alter von 65 Jahren. Nach Absolvirung des Arztexsamens in Moskau 1854 liess er sich in Rybinsk nieder, wo er zu den beliebtesten Aerzten gehörte und einen grossen Ruf im ganzen Wolgagebiet genoss. 4) In Moskau der Ordinator am alten Katharinenhospital, Georg Butenop im 36. Lebensjahre an Phthisis. Die ärztliche Praxis übte er seit 1885 aus. 5) In Paris der berühmte Chirurg, Professor Dr. Jules Péan im Alter von 68 Jahren. Er genoss den Ruf eines unbestrittenen Meisters in der Kunst des Messers. In Folge dessen und wohl auch durch Reclame, welcher Péan nicht abhold war, strömten die Patienten zu ihm, um bei dem kühnen Chirurgen Hülfe zu suchen. Seine Privatpraxis war eine so ausgebreitete, dass er seine Klinik meist nur ein Mal in der Woche besuchte, um irgend eine grössere Operation auszuführen. Es wird sogar behauptet, dass er zuweilen Kranke operirt habe, welche er selbst vor der Operation nicht einmal hinreichend untersucht hatte.

— Die 25-jährige Dienstfrist des Professors der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Subbotin, läuft nicht, wie der «Russ. Invalid» anfangs berichtete, in diesem Jahre, sondern erst im Juli 1899 ab.

— Zur Errichtung von Kindersanatorien an der Meeresküste hat sich hier eine Gesellschaft gebildet, welcher der Ackerbauminister A. S. Jermolow, Dr. Rauchfuss, Dr. A. Schmitz, Prof. Weljaminow und viele hochgestellte Personen angehören. Die Mittel zum Bau der Sanatorien soll durch freiwillige Spenden beschafft werden. 22,000 Rbl. sind bereits zu diesem Zweck gesammelt worden.

— Die Gesammtzahl der Studirenden an der Universität Kiew betrug zum 1. Januar d. J. 2625, von denen 978 der medicinischen Facultät angehören. An der Universität Charkow zählte zu Beginn d. J. 1488 Studenten, darunter 801 Mediciner.

— Die diesjährige öffentliche Versammlung der deutschen balneologischen Gesellschaft findet vom 11—15. März in Wien statt.

— In Moskau ist eine odontologische Gesellschaft ins Leben getreten. Zum Präsidenten derselben wurde Dr. S. Urenius, zum Vicepräsidenten Dr. M. Tschemodanow, zum Secretär P. Taubkin gewählt.

— Vacanzen für Arzte: 1) Landschaftsarztstelle im Kreise Peretschje (Gouv. Smolensk). Gehalt 1200 Rbl. Quartiergeld 300 Rbl. und 60 Rbl. für Bedienung. Adresse: «Порѣчская Земская Управа» 2) Ordinatorposten in der Irrenanstalt (550 Betten, 6 Aerzte) der Gouvernements-Landschaft in Kursk Gehalt 1200 Rbl.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Jan. d. J. 8537 (28 wen. [als in d. Vorw.), darunter 963 Typhus — (58 mehr), 934 Syphilis — (9 wen.), 179 Scharlach — (9 wen.), 174 Diphtherie — (16 wen.), 47 Masern — (1 wen.), und 64 Pockenkranke — (9 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis 31. Januar 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
370	301	671	141	46	130	24	10	25	73	39	44	50	52	28	8	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 32, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 26, Diphtherie 40, Croup 4, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 5, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheu-

matismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 70, Todtgeborene 35.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Februar 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. Februar 1898.

Дозв. ценз. Спб. 7 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, 7. (19.) Februar 1898

Inhalt: Dr. med. Otto Thilo: Zur Behandlung der Gelenkneuralgien. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Herausgegeben von P. G. Unna, Malcolm Morris, E. Besnier und L. A. Dubring. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Anzeigen.

Zur Behandlung der Gelenkneuralgien.

Von

Dr. med. Otto Thilo in Riga.

(Mit 4 Abbildungen.)

Schon Esmarch[1]) hat im Jahre 1872 darauf hingewiesen, dass die Neuralgien in den Gelenken auf eine Stufe zu stellen seien mit den übrigen Nervenschmerzen, wie man sie im Gesichte, zwischen den Rippen u. a. O. beobachtet.

E. deutet darauf hin, dass man bei den nervösen Gelenkschmerzen genau dieselben Erscheinungen findet wie z. B. bei den bekannten Gesichtsschmerzen. Er beschreibt diese Erscheinungen (S. 10) folgendermassen: «Bisweilen tritt ein auffallend periodischer Temperaturwechsel des Gelenkes oder des ganzen Gliedes sehr in den Vordergrund. Dieser Wechsel tritt oft so regelmässig ein, wie ein Wechselfieber; am Morgen erscheint die das Gelenk bedeckende Haut kalt, blass, zusammengeschrumpft. Nachmittags wird sie wärmer, am Abend heiss, roth glänzend, geschwollen und Nachts schwindet die Hitze, Röthe und Schwellung wieder vollständig. Eine ähnliche plötzliche Schwellung und Hyperämie tritt in manchen Fällen ein, sobald das Glied bewegt oder zum Gehen gebraucht oder eine Untersuchung vom Arzte vorgenommen wird. Diese Erscheinungen erinnern lebhaft an die wechselnden Congestionen zur Haut des Gesichts und der Schleimhaut des Auges, welche bei den Neuralgien des Trigeminus vorkommen, und an das plötzliche Erblassen und Absterben der Finger bei hysterischen Frauenzimmern, und hängen offenbar wie diese mit dem vasomotorischen Nervensystem zusammen».

Auch die Entstehung der Neuralgien an den Gelenken deutet E. so, wie wir sie an anderen Körpertheilen deuten. Er macht darauf aufmerksam, dass die Neuralgien an dem Hüft- und Kniegelenk sehr häufig nach schweren Dickdarmerkrankungen oder Entzündungen der Geschlechtsorgane auftreten und dann stets im Bereiche jener Nerven sich finden, die in der Unterleibshöhle verlaufend, von Eingeweiden bedeckt werden. Sowohl am Knie als am Hüftgelenk treten die Neuralgien meist an der vorderen oder inneren Seite des Gelenkes auf. Nach den Untersuchungen von Rüdinger und Hilton werden gerade diese Theile des Gelenks vom Nervus cruralis und obturatorius versorgt. Bekanntlich entspringen beide Nerven aus dem Geflechte der Lendennerven und verlaufen in einer Strecke von etwa 20 cm. auf den Beugemuskeln des Oberschenkels (Ileopsoas). Von den Eingeweiden werden sie nur durch eine dünne Sehnenhaut (Fascie) geschieden.

Es erscheint daher als selbstverständlich, dass Entzündungen der Eingeweide oft auf die Sehnenhaut übergehen und dann auch Entzündungen und Schwellungen der unter ihr liegenden Nerven bewirken. Der Nerv, welcher die hintere Gegend des Hüftgelenks und Knies versorgt (N. ischiadicus) verlässt bald nach seinem Ursprunge die Beckenhöhle. Er wird daher weniger von Erkrankungen des Beckens beeinflusst. In Folge dessen sind denn auch Nervenschmerzen in der Kniekehle oder an der hinteren Seite des Hüftgelenks viel seltener als an den vorderen Gelenktheilen.

An den Armen liegen die Verhältnisse ganz anders. Das Geflecht der Armnerven wird am Halse nur von Haut und Muskeln bedeckt, und wir finden daher auch Neuralgien in den Gelenken des Armes viel seltener als am Bein.

Von 80 Gelenkneuralgien die Esmarch zusammenstellt (S. 11) kommen vor am

Knie	38
Hüfte	18
Hand	8
Fuss	7
Schulter	4

Die Gelenkneuralgien des Armes entstehen wohl sehr häufig durch äussere Verletzungen der Finger und Handgelenke. Man beobachtet z. B. sehr häufig dass ein Ge-

[1]) F. Esmarch. Ueber Gelenkneurosen. Kiel und Hadersleben. Schwersche Buchhandel. 1872.

lenk des Zeige- und Mittelfingers durch einen Schlag oder Stoss schmerzhaft wird, dass diese oft ganz unbedeutenden Schmerzen bald nachlassen und nur zeitweise wieder sehr stark auftreten. Sie verursachen hiebei anfangs nur ganz geringe Gebrauchsstörungen der Hand. Das Schreiben z. B. ist anfangs nur wenig erschwert. Aber mit der Zeit nehmen Schmerzen und Störungen zu, verbreiten sich über den ganzen Arm, ja sogar auf die Schulter und den Hals. Wir erkennen dann, dass ursprünglich eine geringfügige, ganz periphere Erkrankung einiger Gelenknerven alle Nerven des Armes von der Peripherie bis zum Rückenmark hin in Mitleidenschaft gezogen hat. Wir finden dann genau solche Verhältnisse wie sie König[2]) kurz und treffend bei den Schmerzen der Gesichtsnerven schildert. Er sagt dass diese, wenn sie von einem hohlen Zahne und dergl. ausgingen und allmählich über das ganze Gesicht hin sich ausgebreitet haben, als Erkrankungen aufzufassen seien, die allmählich eine gewisse Unabhängigkeit «von der ursprünglichen Ursache» erlangt haben.

Gewiss sind wir berechtigt, anzunehmen dass an allen Nerven des Körpers ursprünglich fortgeleitete Erkrankungen, so zu sagen, selbstständig werden können. Es schwinden oft z. B. bei einem Schreibkrampf die Schmerzen in den Fingergelenken, erhalten sich aber dafür dauernd in der Schulter oder im Nacken.

Ich behandelte vor einem Jahre den Klavierkrampf einer Hysterischen, welcher durch eine jener unzweckmässigen Haltungen der Hand entstanden war, wie sie von Zeit zu Zeit die lebhafte Phantasie eines Klavierlehrers über seine Schüler heraufbeschwört. Der Lehrer selbst bedient sich gewöhnlich nicht dieser Haltung, da er anders gewöhnt ist.

Er spielt nach seiner alten Art und bildet sich nur ein, dass er eine neue Haltung sich angeeignet hat.

In dem erwähnten Falle waren zunächst nur Schmerzen in einem Gelenk des Mittelfingers vorhanden, bei dem grossen Fleiss und der grossen Folgsamkeit der Schülerin jedoch, gingen die Schmerzen bald auf den ganzen Arm, Schulter und Nacken über.

Es gelang mir in einigen Monaten die Schmerzen im Mittelfinger zu beseitigen und das Klavierspielen möglich zu machen. Die Schmerzen im Nacken bestehen jedoch noch immer fort.

Ich glaube, dass viele Nervenerkrankungen sich in dieser Weise erklären lassen, d. h. ursprünglich fortgeleitete Erkrankungen werden so zu sagen selbstständig.

Bei Hysterischen entwickelt sich diese Selbstständigkeit leichter als bei Personen mit widerstandsfähigen Nerven.

Schon Charcot[3]) hat zahlreiche Fälle von Hysterie angeführt, in denen ganz geringfügige. unscheinbare äussere Ursachen schwere ausgebreitete Nervenerkrankungen bewirkten. Diese unscheinbaren Ursachen können leicht der Beobachtung des Arztes entgehen, und es scheint, dass dann bei einigen Aerzten der Eindruck entsteht, als ob diese Erkrankungen ohne körperliche Ursachen vom bösen Geist der Hysterischen heraufbeschworen wurden, dass z. B. neuralgische Schmerzen und Schwellungen des Gelenkes einer Hysterischen aus ihrer «Vorstellung» aus «einer fixen Idee» sich entwickeln können. Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschliessen. Ich glaube vielmehr, dass Neuralgien bei Hysterischen sich aus denselben Ursachen entwickeln, wie bei anderen Sterblichen. Daher scheint mir denn auch der Ausdruck Gelenkneurose nicht glücklich gewählt. Ich meine der Ausdruck Gelenkneuralgie sei passender. Wohl aber bin ich der Ansicht, dass der unglückliche Charakter vieler Hysterischen sie oft derjenigen Mittel beraubt, welche bei widerstandsfähigen, thatkräftigen Menschen häufig eine Naturheilung bewirken. Hiermit will ich sagen dass die Hysterischen oft aus Furcht vor Schmerzen oder aus Trägheit ihre erkrankten Gelenke nicht bewegen und sich so eines Heilmittels berauben, durch welches so mancher energische, bewegliche Mensch sich unbewusst von vielen Erkrankungen befreit. Gewiss kann man allen, die an Gelenkneuralgien leiden, zurufen:

> «Wirst Du Dich jemals auf ein Faulbett legen,
> So ist es gleich um Dich gethan».

Daher hat wohl Esmarch mit Recht darauf hingewiesen, dass für Gelenkneuralgien die Bewegungen ein unentbehrliches Heilmittel seien. Er sagt: «Man sieht gewöhnlich rasche Besserung erfolgen, sobald es gelingt die Kranken zum Gebrauch des Gliedes zu veranlassen». Er räth zunächst passive Bewegungen vorzunehmen und hierauf bald zu activen Bewegungen überzugehen. Diese Ansicht wird wohl heutzutage von den meisten Aerzten getheilt, welche sich eingehender mit der Massage und Heilgymnastik beschäftigen. Leider aber stehen diese Fachgenossen noch recht vereinzelt da und finden noch immer wenig Anklang bei anderen Aerzten.

Ich erinnere hier nur an die vortrefflichen Arbeiten von Nebel, Kruckenberg, Hoffa, Kleen und an eine nur wenig bekannte, sehr interessante Dissertation von Kuhlemann[4]).

Es fehlt vielen Aerzten noch immer das Verständniss und die Kenntniss für die Behandlung mit Uebungen und nur zu viele schrecken zurück vor dem Aufwand an Zeit und Mühe, welche dieses Heilverfahren erfordert.

Ich will es daher im Nachfolgenden versuchen nachzuweisen, dass bei richtiger Verwendung der vorhandenen Mittel diese Schwierigkeiten nicht so gross sind, als sie erscheinen.

Für schwere hysterische Contracturen giebt Kruckenberg[5]) folgende Behandlung an: «Ich sehe von jeder Suggestion ab, spreche mich auch dem Kranken gegenüber über das vielfach Widersprechende der einzelnen Symptome nicht aus, sondern behandle das Leiden, wie wenn eine schwerere Contractur durch anatomische Veränderungen vorläge. Das verkrümmte Bein wird in corrigirter Stellung durch einen starken Gypsverband festgehalten, welcher bei gleichzeitiger Hüftgelenkscontractur unter Umständen von den Zehen bis zur Axilla reicht. Der Verband muss sehr fest gearbeitet sein, da die Gewalt der contrahirten Muskeln eine sehr grosse ist. Ferner muss an der Convexität über den Gelenken sorgfältig unterpolstert werden, um Decubitus zu vermeiden. Mit diesem Verband gehen die Patienten umher. Nach ca. 8 Tagen wird der Verband gelöst. Meist ist dann schon eine wesentliche Besserung da. Jetzt wird einige Tage gebadet und gymnastisch geübt, soweit sich Bewegungen erreichen lassen».

Kruckenberg legt hierauf noch einige Gypsverbände an. Ich verwende gewöhnlich nach dem ersten Gypsverbande Schienen die nur einmal täglich entfernt werden, wenn ich die passiven Bewegungen und Uebungen vornehme.

In leichten Fällen komme ich auch ohne Gypsverbände und Schienen aus. Ich habe auch schon durch Massage, passive Bewegungen und Uebungen allein schwere hysterische Bewegungsstörungen beseitigt.

Ich verwende für die passiven und activen Bewegungen Rollenzüge, welche es mir gestatten ganz allmählich

[2]) F. König. Lehrbuch der spec. Chirur. Bd. I. S. 174.
[3]) Vergl. Charcot, Neue Vorles. überstzt. v. Freud. Leipzig u. Wien. Töplitz u. Deuticke. 1886. S. 25 u. a. O.
[4]) Kuhlemann, Alf. Ueber Veränder. in d. Gelenk. u. s. w. Kiel. P. Peters. 1895. Inaugural-Dissert.
[5]) Lehrbuch der mech. Heilmethoden. Stuttgart, Ferd. Encke, 1896. S. 55.



mich von passiven Bewegungen in active hineinzuschleichen. Die beistehenden Zeichnungen mögen einige dieser Bewegungen verdeutlichen. Nehmen wir z. B. an, eine Hysterische erklärt, sie könne wegen heftiger Schmerzen ihr Kniegelenk fast gar nicht mehr bewegen und das Gehen sei ihr unmöglich. Ich versuche dann in solchen Fällen durchaus nicht der Kranken zuzureden, sie möge es doch nur versuchen, es werde schon gehen, sie möge sich nur zusammennehmen u. s. w.; denn ich weiss nur zu wohl, dass solche Zureden schon vor mir unzählige Male vergeblich an sie gerichtet wurden. Ich muss in solchen Fällen unwillkürlich eines Ausspruches Shakspeare's im Othello gedenken:

«Worte bleiben Worte — ich hab' es nie gelesen:
Dass durch das Ohr ein Herz genesen».

Ich sage mir, wenn es schon einem Shakspeare nicht gelingt durch Worte ein krankes Herz zu heilen, so wird es mir noch viel weniger mit einem schmerzhaften Knie gelingen.

Ich sage daher einfach der Kranken: «ich werde durch Massage u. a. Mittel Ihre Schmerzen beseitigen und dann das Knie allmählich an Bewegungen gewöhnen; aber hierzu müssen Sie sich Mühe geben, sonst kann ich nichts erreichen».

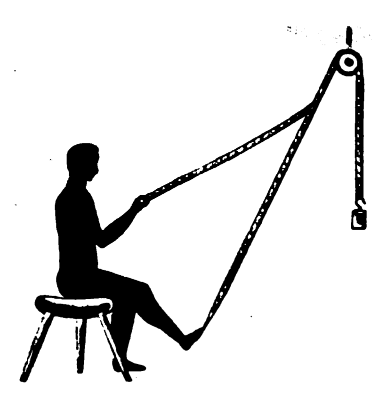


Fig. 1. Kniestrecken.

Ich setze die Kranke auf einen Sessel (Fig. 1), befestige an ihrem Fusse die Schnur eines Rollenzuges und lasse durch die Hand der Kranken mit Hilfe eines Zügels den Rollenzug in Bewegung setzen. Es gelang mir auf diese Art oft recht schmerzhafte rheumatische Gelenke zu bewegen, da der Kranke vollständig mit der Hand die Bewegungen beherrscht. Ausserdem ist es eine bekannte Thatsache, dass viele Kranke an sich selbst oft recht empfindliche Eingriffe vornehmen, die, von fremder Hand ausgeführt, sie als zu schmerzhaft zurückweisen würden. Ich erinnere hier nur an das Katheterisiren, an die Säbelschlucker u. s. w. Natürlich muss der Arzt oder ein zuverlässiger Heilgehilfe stets bei diesen Bewegungen zugegen sein. Allmählich gewöhnt man die Kranke daran, ohne den Zügel mit der Hand zu ziehen, d. h. blos durch Pendeln des Unterschenkels den Rollenzug in Bewegung zu setzen. Diesen Uebergang kann man oft dadurch bewerkstelligen, dass man die Kranke auffordert, das gesunde Bein an das kranke zu legen und bei seiner Bewegung zu unterstützen[6]).

Ausserdem lasse ich noch den Kranken, auf dem gesunden Beine stehend, das kranke Bein mit steifem Knie hin- und herpendeln.

Allmählich lasse ich die Kranke Gehversuche machen, indem sie geführt wird u. s. w.

Ist man nun dahin gelangt, dass die Kranke ganz ungehindert geht, so darf man sie nicht gleich als geheilt erklären und die Behandlung aufgeben.

Im Gegentheil erkläre ich stets den Verwandten, dass wahrscheinlich Rückfälle eintreten werden und dass dann leicht auch andere Gelenke des Körpers erkranken können. Es sei jetzt unbedingt erforderlich, monatelang durch Uebungen, Bäder, Bewegung in freier Luft den Körper zu stählen und im höchsten Grade schädlich würde für die Kranke die sofortige Rückkehr ins Elternhaus sein.

[6]) Vergl. hierüber **Thilo**, «Uebungen». Samml. klin. Vorträge: begr. v. Volkmann. 1897. Nr. 176. S. 714.

Ich hoffe, dass folgender Fall dieses Vorgehen rechtfertigen wird.

Frl. T. aus Petersburg, Tochter eines hohen Beamten, wurde März 1888 meiner Behandlung übergeben. Sie konnte wegen krampthafter Beugestellungen beider Beine nicht gehen, wurde im Rollstuhl gefahren. Diese Contracturen lösten sich Nachts im Schlafe. Bald nach dem Erwachen stellten sich wieder die Contracturen ein und sie begann ununterbrochen alle paar Secunden einen eigenthümlichen Laut auszustossen, der ungefähr klang wie «ge» «ge» «ge». Sie konnte dazwischen einige Worte ganz zusammenhängend sprechen und stiess dann wieder ziemlich regelmässig diese Laute aus.

Ein berühmter italienischer Gesanglehrer, welcher zugleich mit Frl. T. in meiner Anstalt behandelt wurde und es ganz vorzüglich verstand, seinen Schülern das kunstgerechte Athmen für den Gesang beizubringen, wurde von mir wegen der Kranken um seinen Rath befragt.

Er sagte mir: Die Kranke hat die Herrschaft über das Ausathmen und zum Theil auch über ihre Stimmbänder verloren und daher befördert sie die Luft ganz unwillkürlich stossweise aus der Luftröhre. Man muss die Kranke gewöhnen, regelmässig zu athmen und auch den Athem anzuhalten.

Ich versuchte dieses, Anfangs gelang es schwer, aber nach einmonatlicher Behandlung hörte das Ausstossen der Laute «ge» «ge» auf.

Während derselben Zeit schwanden auch durch Massage und Uebungen die krampfhaften Zusammenziehungen der Beine, so dass die Kranke einige Kilometer weit gehen konnte. Nur waren die Streckmuskeln der Unterschenkel noch immer sehr geschwächt. Die Kranke konnte mit meinen Rollenzügen kaum 2 Kilogramm ziehen[7]).

Obgleich sich diese günstigen Verhältnisse monatelang erhielten und die Eltern mit meinem Erfolge sehr zufrieden waren, erklärte ich doch unbarmherzig, die Tochter sei noch lange nicht gesund, es seien sogar Rückfälle ziemlich sicher, die Kranke müsse mindestens ein Jahr in meiner Anstalt Massage, Heilgymnastik und Bäder gebrauchen. die Rückkehr ins Elternhaus würde ziemlich sicher ihre bisherigen Leiden wieder hervorrufen.

Die Eltern glaubten mir nicht. Nach einem halben Jahre liessen sie die Tochter nach Petersburg kommen, sandten sie aber schnell an mich zurück, als ein leichter Husten eintrat, und gaben an, dass der Husten ein Vorbote des «ge» «ge» «ge» sei. Ich gab der Kranken Morphium in grossen Gaben und behandelte sie ein ganzes Jahr mit meinen Uebungen. Sie führte allmählich fast alle Bewegungen aus, welche in meiner Arbeit «Uebungen» beschrieben sind, ausserdem gebrauchte sie Bassinbäder.

Ich machte auch mit dieser Hysterischen die Erfahrung, dass sie körperlich sehr träge war. Ich hatte Mühe, sie zu den Uebungen zu veranlassen, und obgleich ich es während ihrer schweren Erkrankungen im Anfange der Behandlung nie nöthig hatte, sie anzufahren, so musste dies später doch oft geschehen. Ich habe oft in der allerschroffsten Weise ihre Faulheit getadelt. — Der Erfolg meiner Behandlung war gut. Frl. T. ist 7 Jahre lang vollständig frei von Rückfällen geblieben und hat sich verheirathet. Seit den letzten zwei Jahren habe ich nichts von ihr erfahren.

Ich glaube, dass in diesem Falle ohne meine einjährige Behandlung schwerlich die Leiden der Kranken ausgeblieben wären. Die Gelenkneuralgien in anderen Gelenken behandele ich ähnlich.

[7]) Vergl. **Thilo**, «Uebungen», Seite 710, Fig. 9. Damen von mittlerer Stärke ziehen etwa 6 Kilogramm.

August 1897 wandte sich an mich ein sehr nervöser Klavierlehrer, welcher an heftigen Neuralgien der rechten Schulter litt. Der Kranke fühlte sich veranlasst unaufhörlich gewaltsame knackende Bewegungen des Schultergelenkes vorzunehmen. Ich kann diese krampfhaften Bewegungen nur mit dem Hüsteln eines nervösen Menschen vergleichen. Der 23-jährige Mann von schmächtigem Körperbau gab an, dass er sich habe zu einem Athleten ausbilden wollen. Als er eines Tages mit dem rechten Arm einen Kugelstab von 40 Kilo «stemmte», traten heftige Schmerzen in der Schulter auf, die ihn nicht mehr verliessen. Es waren weder Schwellung noch besondere Schmerzpunkte deutlich wahrnehmbar.

Ich gab dem Kranken innerlich grössere Gaben Morphium (vgl. Esmarch S. 24), legte den Arm in eine Binde und erreichte hierdurch, dass er mehrere Tage hindurch ohne Schmerzen war und den Arm auch nur selten gewaltsam bewegte.

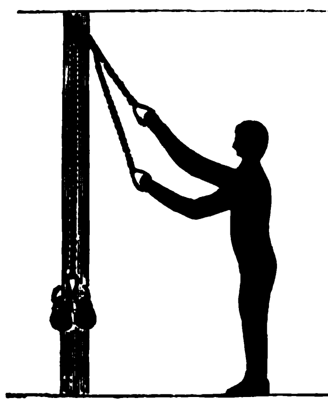


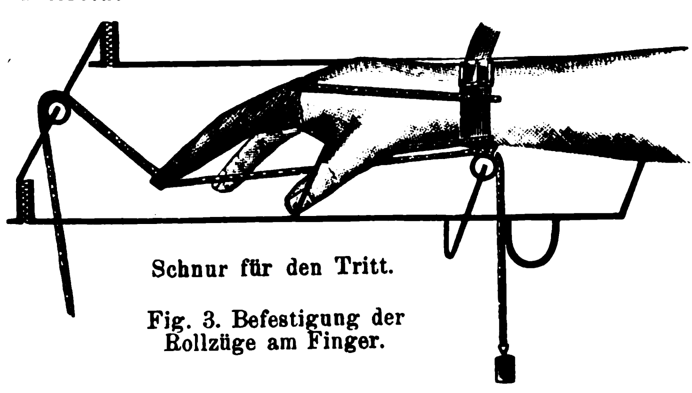
Fig. 2.

Hierauf liess ich ihn passive Bewegungen (nach Fig. 2) ausführen. An einem Rollenzuge waren ein langer und ein kurzer Zügel befestigt. Den kürzeren Zügel liess ich von der Hand des gesunden Armes erfassen, den längeren Zügel von der Hand des kranken.

Uebte nun die gesunde Hand einen Zug aus, so senkte sich der kranke Arm durch sein Eigengewicht, dagegen wurde der kranke Arm durch den Rollenzug gehoben, sobald die gesunde Hand den Zügel nachliess. Allmählich wurde das Ziehen mit der gesunden Hand eingestellt und ich ging so von passiven zu activen Bewegungen über.

Das Morphium liess ich nur einige Tage brauchen. Obgleich ich eine Besserung erzielte, konnte ich leider die Behandlung nicht zu Ende führen, da der Kranke verreiste.

Die passiven Bewegungen der Finger und Hand nehme ich zunächst mit dem beistehend abgebildeten Apparate vor und gehe dann zu Uebungen mit meinem Apparate[8]) für Fingergymnastik über, indem ich anfangs die Bewegungen der kranken Finger von der gesunden Hand unterstützen lasse.



Schnur für den Tritt.

Fig. 3. Befestigung der Rollzüge am Finger.

Da ich in der vorliegenden Arbeit die mechanische und die örtliche Behandlung der Gelenkneuralgien so sehr in den Vordergrund gestellt habe, so könnte es vielleicht den Anschein haben, dass ich bei derartigen Erkrankungen die seelische Behandlung des Kranken gering schätze. Dieses ist durchaus nicht der Fall. Ich



Fig. 4. Fingerbieger.

will nur, man soll die Sache nicht zu auffallend machen, man soll den Kranken beeinflussen, ohne dass er es immerwährend merkt.

Man soll ihn bereden und antreiben zu Uebungen, Bewegungen und anderen nützlichen Dingen, nicht aber Zeit und Kraft bei dem Versuche verschwenden, ihn davon zu überzeugen, dass die Schmerzen seines Knies nur in seiner Einbildung vorhanden seien und dass er ganz gut gehen könne, wenn er nur ernstlich wolle.

Ich stelle die seelische Behandlung sehr hoch. Ich halte sie für unentbehrlich. In meiner Arbeit «Uebungen» habe ich es mehrfach ausgesprochen und zum Schluss dieser Arbeit sage ich: «Da in derartigen Fällen jedenfalls die seelische Beeinflussung des Kranken eine grosse Rolle spielt, so erscheinen mir die Nervenärzte als ganz besonders geeignet für die Verwendung der Uebungen als Heilmittel».

8) Vergl. «Uebungen» S. 726, Fig. 21, 22, 23.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Herausgegeben von P. G. Unna, Malcolm Morris, E. Besnier und L. A. Dubring. Lieferung XIII. Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1897.

Wiederum liegt uns nach längerer Pause eine neue Lieferung dieses einzig in seiner Art erscheinenden Prachtwerkes vor und sie beweist wiederum wie anerkennenswerth dieses Unternehmen ist, welches den Herausgebern und dem Verleger wohl nicht geringe Kosten verursachen muss, die sich schwerlich bezahlt machen, da doch wohl nur wenige Collegen sich dieses Riesenwerk anschaffen können. Dagegen dürfte es keine dermatologische Klinik geben, die es nicht besitzt.

Tafel XXXVIII bringt 3 Bilder von Impetigo herpetiformis, dieser viel umstrittenen Krankheit, doch stimmen die Symptome dieses, von Dr. W. Allan Jamisson mitgetheilten Falles nicht ganz mit den gewöhnlichen Beschreibungen, namentlich fällt uns die Fingernagel-Affection auf.

Sehr interessant und vorzüglich wiedergegeben sind auf Tafel XXXIX der Fall von Tuberculosis cutanea des Gesichtes von Jessner und der Hornkrebs der Nase (bei einer alten Frau) von Mibelli. Tafel XL bietet 3 Köpfe mit serpiginösem Epitheliom (G. Thibierge resp. P. G. Unna) die ganz ausgezeichnet reproducirt sind.

Somit reiht sich Lieferung XIII in würdiger Weise an die früheren an und hoffen wir auf eine weitere Fortsetzung dieses verdienstvollen Unternehmens, da sich die Bilder vorzüglich beim klinischen Unterricht verwerthen lassen. P.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

633. Sitzung am 6. Januar 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär: Herr Henking.

Herr Dobbert spricht über Osteomalacie.

Seitdem 1775 Klein d. A und 1776 Cooper die ersten Kaiserschnitte wegen osteomalacischer Beckenveränderungen ausgeführt, ist diese Affection des Knochengerüstes Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen, welche jedoch alle den Schleier welcher das Wesen dieses Krankheitsprocesses verhüllt, nicht haben lüften können.

Nach der noch fast allgemein verbreiteten Auffassung betrachtet man die Osteomalacie oder Halisteresis ossium Kilian's als eine Knochenerweichung, welche durch Auflösung der Kalksalze des fertiggebildeten Knochens zu Stande kommt. Cohnheim hat dieser Ansicht widersprochen. Nach ihm ist die kalklose Substanz als neugebildetes Osteoidgewebe zu deuten, die Erweichung des Skelets käme demnach ebenso wie bei der Rachitis dadurch zu Stande, dass als Ersatz des in gewöhnlicher Weise resorbirten Knochengewebes eine Neubildung tritt, deren Verkalkung ausbleibt. Pommer gelangte auf Grund sehr eingehender Untersuchungen gleichfalls zu dem Schlusse, dass die Osteomalacie im Wesentlichen nicht auf Kalkberaubung des fertigen Knochens, sondern Kalkdefect des neugebildeten Knochengewebes zurückzuführen ist. Von dem in Folge örtlicher Erkrankungen auftretenden beschränkten Knochenschwund und von der über das ganze Skelett verbreiteten Knochenatrophie unterscheidet sich die osteomalacische Knochenveränderung erstens dadurch, dass die Kalklosen Knochenpartien, welche vorwiegend in ihrer Structur dem lamellösen Typus des Knochengewebes entsprechen, an allen Oberflächen und in allen Binnenräumen der meisten Knochen nachweisbar sind und zweitens dadurch, dass dieses



weiche Knochengewebe keine wesentlichen Abweichungen von der Structur des osteoiden Gewebes überhaupt darbietet. Im Knochenmark sind zwar von einzelnen Autoren, welche geneigt waren, die Osteomalacie als das Ergebnis einer diffusen Osteomyelitis aufzufassen, für die Osteomalacie characteristische Veränderungen behauptet, aber keineswegs nachgewiesen worden.

v. Recklingshausen welchem wir sehr eingehende Studien über Ostitis, Osteomalacie und osteoplastische Carcinose verdanken, kommt auf Grund seiner sehr sorgfältigen Untersuchungen über die Knochenveränderungen bei Osteomalacie zu dem Schlusse, dass den Vorgängen am Blutgefässapparat der Knochen eine grosse Bedeutung beizulegen sei. Ohne Zweifel handele es sich um eine Congestion im Knochen, wofür Röthung des Knochens spec. des Markes, das häufige Auftreten des Lymphmarkes an Stelle des Fettmarkes und das Vorkommen von kleineren Haemorrhagien und Pigmentzellen sprechen. R. ist es ferner gelungen Veränderungen an den Gefässen der osteomalacischen Knochen zu constatiren und die, für den osteomalacischen Knochen typischen, «vasculären Streifen» weisse Striche der compacten Knochensubstanz nachzuweisen. Die von verschiedenen Autoren ausgeführten chemischen Analysen osteomalacischer Knochen ergaben eine sehr bedeutende Verminderung der anorganischen Substanzen. Weber und Schmidt wiesen eine sauere Reaction des Knochenmarkes nach, ein Verhalten, das in anderen Fällen nicht bestätigt wurde. Mörs und Muck konnten in einem Falle geringe Mengen von Milchsäure aus dem Knochen darstellen. Gestützt auf klinische Beobachtungen an der Lebenden und makroskopische Befunde an Beckenknochen Schwangerer, gestützt ferner, auf ähnliche Bemerkungen Kilian's, Credé's, Duncan's und Balandin's hat Gelpke die Behauptung aufgestellt, dass es in der Schwangerschaft eine physiologische Osteomalacie der Beckenknochen gäbe, d. h. dass parallel der allbekannten Auflockerung der Weichtheile der puerperalen Beckenorgane eine Auflockerung der Beckenknochen nach Art der Osteomalacischen einhergehe und dass dieser Zustand den Ausgangspunkt für die pathologische Osteomalacie bilde. Hanau scheint nun durch seine Untersuchungen an Knochen Schwangerer den anatomischen Beweis für das Bestehen einer physiologischen Osteomalacie erbracht zu haben, indem er eine Uebereinstimmung der Veränderungen des puerperalen Beckenknochens mit dem osteomalacischen Knochen nachweist. Erwähnung verdient noch der Umstand, dass eine, auch anatomisch idensche Osteomalacie bei herbivoren Säugethieren, trächtigen oder milchenden Kühen, Ziegen, etc. beobachtet wird und dass diese Thiere regelmässig genesen, wenn das Futter verändert oder phosphorsaurer Kalk zugesetzt wird.

Gestützt auf solche Erfahrungen wird schon seit jeher als Ursache des Kalkdefectes eine Allgemeinstörung angenommen und haben sich im Laufe der Jahre verschiedene Theorien mit der Lösung dieser Frage befasst, wie wir sehen werden mit sehr fraglichem Erfolge.

Eine der ältesten Theorien ist wohl diejenige von der Anwesenheit abnormer Säuren im Organismus durch welche es zu einer Auflösung der Kalksalze des fertiggebildeten Knochens kommt. Erhebliche Alterationen des Stoffwechsels müssten mit dieser Erscheinung Hand in Hand gehen. Durch Untersuchungen verschiedener Forscher, so besonders in letzter Zeit durch Analysen Limbeck's ist jedoch erwiesen, dass der Stoffwechsel Osteomalacischer keine Störungen erleidet; im Gegentheil, die Nahrung wird in völlig normaler Weise ausgenutzt. Ein gesteigerter Zerfall von Eiweiskörpern findet nicht statt, es besteht sogar eine deutliche Tendenz zur Anbildung von Körpersubstanz. Ebensowenig wie die behaupteten Störungen des Stoffwechsels konnte von L. das Bestehen einer Säurevergiftung bestätigt werden. Die von ihm angestellten alkalimetrischen Untersuchungen sprechen durchaus gegen die Säuretheorie. Anderseits bestätigen die Untersuchungen L.'s dass der Organismus bei Osteomalacie beträchtliche Verluste an Kalk erleidet, der zum Theil durch die Nieren vorwiegend aber mit dem Koth ausgeschieden wird. In Bezug auf Kalk, Magnesium und Phosphorsäure sind ferner von Neumann sowohl im progressiven Stadium, als auch im Stadium der Knochenregeneration Untersuchungen angestellt worden. Nach seinen Analysen differirt die Ausscheidung des Kalkes durch die Nieren im progressiven Stadium der Osteomalacie kaum von den normalen Verhältnissen. Im Ganzen ist die Retention während des regressiven Stadium's kleiner als im progressiven. An Magnesium erleidet der Organismus im progressiven Stadium einen kleinen Verlust, im Regenerationsstadium werden kleine Mengen von Magnesium zurückgehalten. Die Abgabe von Phosphorsäure ist im ersten Stadium eine sehr bedeutende, so dass der ganze Organismus und besonders die Knochen grosse Mengen Phosphorsäure verlieren. Im Regenerationsstadium werden grosse Mengen Phosphorsäuere im Organismus zurückgehalten.

Die Ergebnisse dieser und ähnlicher Stoffwechseluntersuchungen sind wohl geeignet die Richtigkeit der oben angeführten Theorie in sehr fraglichem Lichte erscheinen zu lassen. Es ist daher auch von mancher Seite die Vermuthung ausgesprochen worden, dass die Osteomalacie parasitären Ursprunges sei. So führt z. B. Petrone die Entstehung der Osteomalacie auf ein nitrificirendes Ferment zurück. Die durch die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen der Nitrification (Winogradsky) entstehende salpetrige Säure sollte die Knochenerkrankung bedingen. Die Befunde P.'s sind bis jetzt noch nicht von anderen Forschern bestätigt worden. Es ist bisher noch nicht gelungen den Nitrificationsbacillus oder irgend welche andere Mikroorganismen im osteomalacischen Knochen (Löhlein), den Ovarien oder anderen Organen nachzuweisen, auch haben zahlreiche Harnuntersuchungen (Latzko, Tschistowitsch) ergeben, dass in frisch gelassenem Harn Osteomalacischer niemals Nitrite aufzufinden waren, wohl aber in gestandenem Harn, dann findet man dieselben aber auch in normalem Harn. Auf ein anderes aetiologisches Moment hat Neussner hingewiesen, indem er auf eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute Osteomalacischer aufmerksam machte, doch kommt dieselbe wie N. ausdrücklich bemerkt nicht nur bei Osteomalacie sondern auch bei verschiedenen Hautkrankheiten, bei Tetanie, Menstrualpsychosen u. s. w. vor.

Nachdem eine grössere Reihe von Porro-Operationen bei Knochenerweichung ausgeführt worden war, wurde schon 1879 von Fochier Lyon) und Levy (Kopenhagen) 1880 die Wahrnehmung ausgesprochen, dass die Exstirpation des Uterus und der Ovarien auf die Osteomalacie einen günstigen Einfluss auszuüben scheine. Weitere überraschende Heilerfolge brachten 1886 Fehling auf den Gedanken, dass die Entfernung der Eierstöcke allein ebenfalls die Knochenerweichung günstig beeinflussen könne und erzielte er in der That durch die Castration geradezu frappante Erfolge, welche ihn veranlassten, den Ovarien die Hauptrolle bei der Entstehung der Osteomalacie zuzuschreiben. Eine krankhaft gesteigerte Thätigkeit der Ovarien soll auf reflectorischem Wege, entweder durch Reizung der Vasodilatatoren, oder durch Lähmung der Vasoconstrictoren, eine Hyperämie der Weichtheile und Knochen hervorrufen und als Endresultat eine Erweichung des Knochens zu Stande zu bringen. Es handelt sich mit anderen Worten nach Fehling bei der Osteomalacie um eine reflectorische Trophoneurose des Knochenmarkes. Der Eierstock welcher eine so hervorragende Rolle bei diesem Processe spielt, wurde nun genaueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen unterworfen und gelang es Fehling, Veltis, Orthmann, Heyse u. A. in den Ovarien Osteomalacischer eine mehr oder weniger hochgradige hyaline Degeneration der Gefässe nachzuweisen. Die hyaline Degeneration der Arterien ist nach diesen Forschern entweder an zerstreuten Gruppen der Gefässe zu erkennen, oder sie befällt ganz diffus sämmtliche Arterien des centralen Theiles der Ovarien.

Ob die hyaline Degeneration der Eierstockgefässe das ursächliche Moment, oder nur ein Folgezustand der Osteomalacie, wie von v. Recklingshausen und Veltis behauptet worden ist, vorstellt, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Thatsache ist, dass die Fehling'sche Theorie gegenüber den übrigen bei Weitem die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat und daher auch immer mehr und mehr Anhänger findet. Für dieselbe sprechen nicht nur die pathologisch anatomischen Befunde am Knochen (v. Recklingshausen) sondern auch der Krankheitsverlauf und die durch die Castration erzielten Resultate. Zu einem ähnlichen Schluss ist auch Eisenhart auf Grund sehr sorgfältiger Untersuchungen und eingehender Prüfung der bisherigen Theorien gekommen; er sieht ebenfalls das Grundleiden bei der Osteomalacie in einer pathologisch erhöhten Thätigkeit der Ovarien, einer Hyperproductivität; hierdurch soll der vermehrte Zufluss von Blut zu den Weichtheilen und Knochen des Beckens bedingt sein. In Folge der ausserordentlichen Hyperämie im Knochen, bei einer gleichzeitig bestehenden Verminderung des Hämoglobingehaltes und Herabsetzung der Alkalescenz des Blutes, wie sie gleichfalls von E. nachgewiesen worden, ist es wohl verständlich, dass es zu einer Resorption der Kalksalze im Knochen resp. mangelhafter Apposition im neugebildeten Knochengewebe kommen kann.

Es müsste demnach die Osteomalacie als eine specifische Krankheit des weiblichen Geschlechtes aufgefasst werden, welche mit Vorliebe Frauen im geschlechtsreifen Alter befällt und ihre ersten Symptome während einer Schwangerschaft zu machen pflegt. Im Verlaufe der Gravidität nimmt der Krankheitsprocess in überraschender Weise zu, erreicht jedoch mit der Geburt in manchen Fällen sein Ende. Der nicht selten schon wenige Stunden nach der Geburt auftretende Nachlass aller Beschwerden kann in Spontanheilung übergehen. Mit jeder neuen Gravidität tritt das Leiden mit erhöhter Intensität auf, um schliesslich stationär zu werden. Der Krankheitsprocess beginnt mit mathematischer Sicherheit immer in den Beckenknochen und befällt von hier aus erst die angrenzenden Gebiete, Lenden, Wirbelsäule, untere Rippen, obere Enden der Oberschenkelknochen, fast nie die Vorderarme,

Unterschenkel und den Schädel. Ist der Process noch nicht zu weit vorgeschritten, so kann durch Castration Heilung erzielt werden. Ein solches in aetiologischer, pathologisch-anatomischer und therapeutischer Beziehung einigermassen einheitliches Krankheitsbild liefert jedoch nur die puerperale Osteomalacie. Wesentliche Differenzen entstehen, sobald wir uns auf das Gebiet der sogenannten rheumatischen, neurotischen und senilen Osteomalacie begeben, wie sie bei Männern, Nulliparen und Greisen vorkommt.

Die bedeutenden Unterschiede in den Ursachen, Bedingungen, pathologisch-anatomischen Befunden und dem Verlaufe, welcher bei der puerperalen Osteomalacie einen remittirenden, bei den übrigen Formen einen exquisit progredienten Charakter trägt, gestattet es heutzutage wenigstens noch nicht von einer Osteomalacie als einheitlichem Krankheitsbilde zu sprechen.

Die Verhältnisse werden noch complicirtere dadurch, dass manche Krankheitsprocesse mit der Osteomalacie grosse Aehnlichkeit haben und vielfach auch jetzt noch zur Osteomalacie gerechnet werden. Eine solche Pseudo-Osteomalacie kann vorgetäuscht werden durch die rarificirende Ostitis, das multiple Myelom, die Lymphadenia ossium, Ostitis deformans, senile Osteoporose, Rhachitis adultorum und die totale Knochenatrophie, ferner durch primäre Knochensarcome und Carcinome, welche sogar zur Benennung «carcinomatöse Osteomalacie» geführt haben und die primäre Knochentuberculose.

Es würde mich zu weit führen m. H. wenn ich hier noch über die Diagnose und Therapie der Osteomalacie referiren wollte. Das bisher Angeführte dürfte genügen um zu behaupten, dass bei dem wenig scharf begrenzten Krankheitsbilde der nicht puerperalen Osteomalacie und der Fülle ähnlicher Krankheitsprocesse die Diagnose Osteomalacie ausserhalb der Gravidität nur mit grösster Vorsicht zu stellen ist und dass manche als Osteomalacie diagnosticirte Fälle berechtigte Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose aufkommen lassen. In Nachstehendem erlaube ich mir einen Fall von nicht puerperaler Osteomalacie zu berichten.

Es handelt sich um eine Frau aus privilegirten Ständen welche in Petersburg geboren ist, sich beständig daselbst aufgehalten hat und im 50 Lebensjahre nach ca. 13-jährigem Krankenlager gestorben ist. In ihrer Jugend ist Pat. gesund gewesen, hat auch während ihrer Ehe ohne Schwierigkeiten geboren. Ihre Krankheit begann im Jahre 1883 mit lancirenden Schmerzen in den Knochen. Der sie behandelnde Arzt will schon damals bemerkt haben, dass Pat. beim Stehen die Beine zu spreitzen suchte um einen festeren Halt zu gewinnen.

Am 5. October 1885 fiel Pat. zu Hause auf die Diele und zog sich eine Fractur des rechten Oberschenkels im mittleren Drittel zu. Sie trat ins Peter-Paulhospital ein, wo ihr ein Gypsverband angelegt wurde. Bei Abnahme des Verbandes nach 2 Monaten erwies sich der Knochen als nicht geheilt, sondern es hatte sich eine Pseudarthrose gebildet. Eine Callusbildung trat auch nach, unter Narcose ausgeführter Reibung der Fracturenden an einander nicht ein und Pat. wurde mit der Pseudarthrose in einem Thomas'schen Apparate nach 9 Monaten aus dem Hospital entlassen.

Zu Hause verliessen die Pat. die Schmerzen in den verschiedenen Knochen nicht und musste Pat. schliesslich beständig das Bett hüten. Anfang Januar 1887 traten besonders heftige Schmerzen in der rechten Clavicula auf, dieselbe schwoll an, und wurde weich. Nachdem die Schwellung abgenommen, blieb nach Angaben der Pat. eine Verkrümmung des Knochens zurück. Mitte Januar 1887 fing das linke Bein zu schmerzen an und nach einer brüsken Bewegung der Extremität, während Pat. sich in Rückenlage befand, trat plötzlich eine Schwellung und starke Empfindlichkeit des Oberschenkels auf, welche sie veranlassten wieder ins Hospital einzutreten und zwar am 19. Januar 1887. Bei ihrer Aufnahme wurde eine Verkürzung des linken Femur, im oberen Drittel desselben eine Anschwellung und abnorme Beweglichkeit des Knochens constatirt. Bluterguss und Crepitation konnten nicht nachgewiesen werden.

Während ihres Aufenthaltes im Hospitale d. h. im Laufe von 10 Jahren und 76 Tagen hat Pat. das Bett nicht mehr verlassen. Die Schmerzen in den Knochen, welche Pat. nur zeitweise verliessen, traten zuweilen mit erhöhter Intensität in einzelnen Knochen auf; es folgte meist bald darauf eine circumscripte Schwellung des Knochens, er wurde weicher und nachgiebiger und schliesslich endete es mit einer Verkrümmung oder Spontanfractur. In letzter Zeit war mit Ausnahme des Schädels und der Oberarme am Skelette fast kein Knochen mehr vorhanden, welcher nicht in irgend einer Weise verändert gewesen wäre. Besonders sichtbar waren die Deformitäten an der linken unteren Extremität und dem Brustkorbe. Dem qualvollen Dasein machte schliesslich ein acuter Darmkatarrh ein Ende. Zu erwähnen wäre noch, dass Pat. trotz des langjährigen Liegens auf dem Rücken niemals an Decubitus zu leiden gehabt hat.

Die von Herrn Dr. Jalan de la Croix ausgeführte Section ergab folgende pathologisch-anatomische Diagnose: Osteomalacia, Hepar adiposum et muscatum, Cholelithiasis, Nephrolithiasis et Nephritis chronica parenchymatosa dextra, Pyelitis suppurativa sinistra, Atrophia renis sinistri, Cystitis suppurativa, Colitis acuta catarrhalis.

An den Vortrag schloss sich eine Demonstration des rechten Femur und des Beckens an, welche bei der Section gewonnen wurden. Das Becken soll nach eingehenderer Besichtigung und genauerer Bestimmung der Masse Gegenstand einer ausführlicheren Publication werden. (Autoreferat).

Herr de la Croix legt dem Verein das ausführliche Sectionsprotokoll des obenstehenden Falles vor und bespricht die Besonderheiten, welche er darbietet.

Die wesentlichsten Veränderungen beziehen sich naturgemäss auf das Knochensystem. Sämmtliche lange Knochen der Extremitäten' besonders jedoch der unteren, sind hochgradig verkrümmt, infolge dessen sich die Extremitäten auch verkürzt erweisen. Die Wirbelsäule erweist sich auch stark nach hinten und rechts verbogen, woher denn auch eine beträchtliche Verkürzung des Oberkörpers resultirt. Die wichtigsten Masse betragen: Länge des ganzen Körpers vom Scheitel bis zur Ferse 120,5 Cm., wovon vom Scheitel bis zum Nabel 51,0 cm, und vom Nabel bis zur rechten Ferse 68,5 cm. kommen.

Die Entfernung der rechten Spina ant. sup. von der rechten Ferse misst 63 cm.; dieselbe Entfernung auf der linken Seite 57 cm. — Die Entfernung der Spina ant. sup. bis zum oberen Rande der Patella beträgt rechterseits 22,3 cm., linkerseits 25,2 cm.; der Abstand vom oberen Rande der Patella bis zur Ferse rechts 40,7 cm., links 33,1 cm. — Die Entfernung der beiden Spinae oss. il. anteriores von einander 26 cm., die linea intertrochanterica 38 cm. Am rechten Oberschenkelknochen eine alte Fractur an der Grenze des oberen und mittleren Drittels mit dicker Callusbildung von Faustgrösse.

Die Differenzen in den Abständen einzelner Knochenpunkte an den oberen Extremitäten sind rechts und links nicht so beträchtlich wie an den unteren. Das flache Sternum erscheint im oberen Theile leicht in die Brusthöhle hineingedrückt. Die Rippen erscheinen gleichfalls beiderseits, besonders jedoch links, beträchtlich von aussen nach innen eingedrückt, bilden eine nach innen vorspringende Convexität in die Brusthöhle hinein, infolge dessen der Brustraum sehr verkleinert, besonsonders im frontalen Durchschnitt sehr verengt ist. — Die Knochen des gesammten Skelettes sind hochgradig osteomalacisch erweicht.

Von dem Befunde an den inneren Organen ist Folgendes hervorzuheben: Die Lungen weisen, obgleich sie leicht emphysematös sind, ein sehr geringes Volum auf. Herz nicht vergrössert, aber deutlich dilatirt. Herzmuskulatur lehmfarben, sehr schlaff und mürbe. Frische Arteriosklerose der Aorta mit geringer Dilatation besonders des aufsteigenden Theiles. Milz ziemlich lang, aber flach, Kapsel leicht gefaltet. Gewebe blass bräunlich, mit schwach gelblicher Nüancirung, welk und mürbe. — Leber klein, Kapsel glatt, Schnittfläche weist mässig muskatnussähnliches Ansehen auf; doch keine Bindegewebswucherung. Die Gallenblase enthält neben gelb gefärbter Galle 4 schwarze, fast viereckige Steine mit graulichen Oberflächen. — Von dem übrigen Befunde an den Organen der Unterleibshöhle ist hervorzuheben, dass das linke, fast freie Ende des Pancreas mit dem oberen Ende der linken Niere verwachsen ist. Letztere ist sehr klein (6,5 Cm. lang); das Nierenbecken dilatirt, mit gelbgrünem Eiter angefüllt. Vom Nierengewebe stellweise nur 4,0 Mm. dicke Reste erhalten. Kapsel stark adhärent. — Rechte Niere ist hingegen eher vergrössert; Kapsel gleichfalls adhärent, die Oberfläche weist viele ungleichmässig begrenzte Vertiefungen auf; die Corticalis verschmälert. Die Bertini'schen Säulen deutlich geschwellt. Gewebe blutreich. — Das Becken dieser Niere enthält einen Stein von dunkelgrauer Farbe und Haselnussgrösse mit spitzen Höckern besetzt und ungefähr 20 kleine ebenso beschaffene Steine. — Schleimhaut der Harnblase beträchtlich geschwellt, injicirt und mit eitrigem Exsudat bedeckt — Gebärmutter vergrössert; ihr Fundus enthält ein kleines ulceröses Fibrom. Die Tuben frei. Ovarien nicht vergrössert (die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch, wie Dr. Dobbert bereits mitgetheilt hatte, hyaline Entartung der Gefässe).

Vermischtes.

— Unter den neuerwählten 148 Stadtverordneten von St. Petersburg für das Quadriennium 1898 bis 1902 befinden sich 6 Aerzte.

— Der Schweizer Bundesrath hat die von Dr. Binet i. J. 1889 gestiftete Prämie, bestehend aus den fünfjährigen Zin-



sei von 10,000 Frcs., dem Begründer des «Rothen Kreuzes» Henry Dunant zuerkannt.

— Ernannt: Der Divisionsarzt der 37. Infanterie-Division und berathendes Mitglied des technischen Comités der Haupt-Intendantur-Verwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Grimm, — zum Vorsitzenden des Oeconomie-Comités der Fabrik für Militär-Medicinalpräparate, unter Enthebung von der zweitgenannten Stellung; der Corpsarzt des 2. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Sswijashski — zum Corpsarzt des 3. Armeecorps; der Corpsarzt des 3. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Keldysch — zum Corpsarzt des 20. Armeecorps; der Divisionsarzt der I. Cavallerie-Division wirkl. Staatsrath Wiljamowski zum Corpsarzt des 2. Armeecorps; der Oberarzt des Irkutsker Militärhospitals, Staatsrath Pribylew — zum Gehülfen des Gebiets-Medicinalinspectors des Donschen Kosakenheeres.

— Verstorben: 1) In Tiflis der frühere Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des kaukasischen Militärbezirks, Dr. Nikolai Akinfijew im 75. Lebensjahre. Im vorigen Jahre beging er das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. 2) In Rosslawl (Gouv. Smolensk) der Arzt am dortigen Landschaftshospital Dr Anton Munkewicz im Alter von 66 Jahren. Nachdem er in Moskau 1857 den Arztgrad und 1859 in Warschau die Doctorwürde erlangt hatte, liess er sich im letztgenannten Jahre als Arzt in Rosslawl nieder, wo er neben der Leitung des örtlichen Hospitals auch die Functionen des Stadtarztes unentgeltlich übernahm. Der Hingeschiedene, welcher zahlreiche Arbeiten in polnischen med. Zeitschriften veröffentlicht hat, stand in allen Gesellschaftsclassen in hohem Ansehen und erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis; trotzdem hat er kein Vermögen hinterlassen. 3) In Ljublin der Oberarzt des dortigen St. Vincenz-Hospitals Carl Sagurski im 46. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der Warschauer Universität 1873 besuchte S. verschiedene chirurgische Kliniken im Auslande und war längere Zeit Assistenzarzt an der Warschauer chirurgischen Klinik. 4) In Meran der frühere Warschauer Arzt Michael Rosenzweig, nahezu 70 Jahre alt. Der Verstorbene hat seine Bibliothek der Warschauer ärztlichen Gesellschaft und ausserdem 1000 Rbl. der Warschauer ärztlichen Wittwencasse testamentarisch vermacht. 5) In Lausanne der Professor der Hygiene Dr. Carl Nicolas.

— Unser Landsmann Dr. Alexander Keilmann, hat sich, wie wir der «Nordlivl. Ztg.» entnehmen, als Privatdocent für Gynäkologie an der Universität Breslau habilitirt, nachdem er seine Habilitationsschrift «Klinisch-experimentelle Beobachtungen über künstliche Erregung von Geburtswehen» öffentlich vertheidigt hatte und seine Promotion pro venia legendi durch den derzeitigen Decan, Prof. Dr. O. Küstner (früher in Dorpat) erfolgt war. — Dr. Keilmann, aus Livland gebürtig, ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er auch 1892 die Doctorwürde erlangte. Er bekleidete dann die Stellung eines Assistenten an der von Prof. Küstner damals geleiteten Dorpater Frauenklinik, siedelte aber nach der Berufung seines Lehres nach Breslau ebenfalls dorthin über, wo er noch gegenwärtig als erster Assistent an der Universitätsfrauenklinik Prof. Küstners thätig ist.

— Zum älteren Arzt des Moskauer Findelhauses ist Dr. A. Ustinow, welcher gleichzeitig Privatdocent an der Moskauer Universität ist, ernannt worden.

— Die Aerzte des hiesigen Nikolai-Militärhospitals, deren Zahl mehr als 30 beträgt, haben beschlossen eine Sammlung klinischer Beobachtungen (Сборникъ клиническихъ наблюденій) herauszugeben. Zu Redacteuren wurden die DDr. A. N. Duschinkin und M. M. Scherschewski gewählt. (Wr.)

— Moskau hat alle Aussicht, in der nächsten Zeit ein Hospital für Krebskranke zu erhalten. Es haben nämlich die Familie Morosow (die Mutter und ihre 3 Söhne) je 30,000 Rbl., A. W. Morosow ebenfalls 30.000 Rbl. und ein Ungenannter 50,000 Rbl. — Zusammen 200,000 Rbl. — zu diesem Zweck zu spenden versprochen.

— Mag. pharm. Carl Kresling ist von der Redaction der «Pharmaceutischen Zeitschrift für Russland», welche von der pharmaceutischen Gesellschaft zu St. Petersburg herausgegeben wird, zurückgetreten und hat vom 1. Januar d. J. ab Herr A. Klinge die Redaction dieser Zeitschrift übernommen, welche jetzt nur in russischer Sprache unter dem Titel «Фармацевтическій Журналъ» erscheint.

— Wie dem «Herold» von competenter Seite mitgetheilt wird, geht die im Ssamaraschen Gouvernement in der Steppe belegene Gruppe der Stolypinschen Mineralquellen in die Hände eines Herrn Lojowski über, der seit vielen Jahren einen grösseren Curort des Auslandes in Regie hat. Der neue Arrendator der Heilquellen beabsichtigt «Stolypino» mit den modernen Errungenschaften der Balneologie und mit allem Comfort auszustatten. Die Quellen befinden sich in gesunder Steppengegend des Gouvernements Ssamara, 50 Werst von der Wolga-Dampferstation Balakowo entfernt, und enthalten eisenhaltiges, schwefelhaltiges und kochsalzhaltiges Wasser.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Februar 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. März 1898.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.

Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.

(88) 26—11. Anstaltsleiter **Dr. Th. Heller.**

PASTILLES VICHY-ÉTAT

aux Sels Naturels extraits des Eaux

Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

aux Sels Naturels extraits des Eaux

pour fabriquer

L'EAU ALCALINE GAZEUSE

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(95) 26—14.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel

(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.

Ichthyol.

Wissenschaftliche Abhandlungen über **Ichthyol** nebst Receptformeln versenden gratis und franco die alleinigen Fabrikanten

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg.

Книжный магазинъ **К. Л. Риккера**, С.-Петербургъ, Невскій просп., 14.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

всѣхъ вѣдомствъ

на **1898**-й годъ (XXX-й годъ изданія)

подъ ред. проф. **В. К. Анрепа** и д-ра **П. Н. Булатова.**

Цѣна за три части съ карандашомъ: въ коленкор. переплетѣ 2 рубля, въ кожаномъ 2 р. 30 к. Пересылка 30 коп.

Продается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 10 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, 14. (26.) Februar **1898**

Bericht über die mit Tuberculin R im Obuchow-Frauenhospital behandelten Lungenkranken.

Von

Dr. W. Kernig,

Oberarzt des Obuchow-Frauenhospitals.

with 1 plate (curves)

Am 17. April 1897 begannen im Obuchow-Frauenhospital die Injectionen mit dem neuen Tuberkulin Koch's — TR — und wurden fortgeführt bis zu dem 27. Mai, wo mir der Brief des Herrn Dr. Nedrigailoff in № 21 des Wratsch vom selben Jahr, bezüglich der Verunreinigung des Präparates bekannt wurde, und wo sich in unserem Hospital seitens des Herrn Dr. Rostowzeff die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung des TR anschloss. Dieselbe bestätigte die Angaben des Dr. Nedrigailoff ebenso, wie es jetzt von den verschiedensten Seiten her geschehen ist. Wir hatten auf die Autorität Koch's hin das Tuberkulin in Gebrauch genommen, ohne es vorher untersucht zu haben.

Wir haben im Ganzen an neun tuberkulös Lungenkranken und an neun chirurgischen Kranken die Injectionen gemacht; über die letzteren werde ich mich am Schluss kurz äussern, für die 9 Lungenkranken gebe ich in Folgendem die kurzen Krankengeschichten und zwar mit den Curven, weil letztere mir das am meisten Charakteristische zu sein scheinen. Die Lungenkranken befanden sich unter der unmittelbaren Behandlung und Beobachtung der Herrn DDr. Pendin und Albanus.

Zur Zeit der Injectionen und zum Theil auch später noch wochenlang wurden die Temperaturen tagsüber 2-stündlich, Nachts 4-stündlich gemessen, in den letzten Tagen vor den Injectionen 4 Mal täglich.

Begonnen wurde immer mit der Anfangsdosis von Koch, mit $^1/_{500}$ Milligramm oder 0,002 mgr. der festen oder wirksamen Substanz des TR. Wir haben diese Schreibweise in Decimalbrüchen beibehalten für diesen Aufsatz wie für die Curven weil sie uns übersichtlicher zu sein scheint, als der Gebrauch von einfachen Brüchen eines Milligramm.

Die Injectionen geschahen unter den äussersten aseptischen Cautelen, die Spritzen und die Canülen waren vordem ausgekocht, die Haut sorgfältig mit Aether gereinigt. In keiner unserer Injectionen folgten Abscesse, wohl aber kamen bei jedem unserer Fälle nach der einen oder anderen Injection Schmerzen an der Einstichsstelle mit etwas Röthe oder Schwellung vor. Dieselben waren unbedeutend und dauerten meist nur 24 Stunden. Dass die Reactionen am Orte des Einstichs in unseren Fällen so gering geblieben sind, mag zusammenhängen theils mit unseren Vorsichtsmassregeln, theils damit dass wir überhaupt nur sehr kleine Dosen des Tuberkulin R angewandt haben, über 0,120 der festen Substanz sind wir gar nicht hinausgegangen.

Bei allen Kranken, mit Ausnahme des letzten Falles 9, welcher offenbar eine alte Schrumpfung der Spitzen betraf, bekamen wir, mehr oder weniger häufig, typische wenn auch entsprechend den kleinen Dosen nicht hohe Fieberreactionen. Dieselben mögen, grade der Ansicht Koch's selbst entsprechend mit als Beweis für die tuberkulöse Natur der betreffenden Lungenaffectionen betrachtet werden. Von unseren 9 Fällen hatten zur Zeit der Injectionen nur 4 Fälle — die № 2, 3, 4, 5 — Tuberkelbacillen im Sputum; in Bezug auf die übrigen 5 Fälle kann nur auf die Krankengeschichten verwiesen werden, wo aus der Gesammtheit der klinischen Erscheinungen die Diagnose hervorgeht. Dieselbe wurde in den Fällen 1, 6, 7, 8 unterstützt durch die auf das Tuberkulin eingetretenen Reactionen.

An den Lungen fanden wir in sieben Fällen (nicht bei Fall 7 und 9) nach der einen oder anderen Injection, nicht nach jeder Injection, Veränderungen im Befunde, die ganz so sich ausnahmen wie die wohlbekannten Veränderungen nach den Injectionen mit dem alten Tuberkulin im December 1890. Es waren namentlich Intensitätsvermehrung und weitere Ausbreitung der Dämpfung, zeitweise Vermehrung der Rasselgeräusche. Nur waren

bei den jetzigen Injectionen die Veränderungen an dem lokalen Befunde viel geringer als früher, entsprechend den kleineren Dosen und unserer gesteigerten Vorsicht.

Sehr auffallend war in unserer diesmaligen Reihe, dass zuweilen die Fieberreactionen erst am folgenden Tage eintraten (Fall 1, 6, 8).

Alle unsere Fälle waren im klinischen Sinne leichte, fieberlose oder fast fieberlose, mit Ausnahme von Fall 2, der absichtlich hinzugenommen wurde, um an einem, wie es uns damals am 17. April schien, nur etwas schwereren Fall das Tuberkulin zu prüfen. Als frische Fälle, in denen die Entwickelung der Spitzenaffection unter unserer Beobachtung vor sich ging, können die Fälle 1 und 2 bezeichnet werden, aber auch die anderen Fälle, mit Ausnahme von 9, hatten keine lange Dauer hinter sich; das höchste scheinen 6 Monate gewesen zu sein (Fall 5).

Die Zahl der Injectionen war keine grosse, es wurden gemacht:

1 Injection	in Fall	2
2 Injectionen	in Fall	4
3 »	» »	1, 5 und 6
5 »	» »	3
7 »	» »	7
9 »	» »	9
13 »	» »	8

Die Anfangsdosis betrug jedes Mal 0,002, die höchste 0,120; die Dosen lagen also zwischen $^1/_{500}$ und $^1/_8$ eines Milligramm der festen Substanz des TR.

In 2 Fällen (1 und 4) wurde etwas Eiweiss im Urin zur Zeit der Injectionen entdeckt, in zwei Fällen (7 und 8) erschienen Milzschwellungen, die vordem nicht vorhanden waren.

Im Falle 7 sehen wir, dass Injectionen von 0,005 und 0,008 mgrm. die vorhandenen Menses gar nicht beeinflussten.

Ich lasse nun die Krankengeschichten folgen:

Fall 1. Tuberculosis pulmonum incipiens, Tuberculosis peritonei, Curve 1. Marie Boljatkina, 12-jähriges Lehrmädchen tritt am 27. Februar 1897 ein, giebt an vor 1 Monat an Schnupfen erkrankt zu sein, vordem litt sie schon an Schmerzen im Epigastrium und an Durchfällen. Das anämische schwächliche magere Mädchen von $87^1/_2$ Pfund Gewicht hatte Durchfall, Husten mit Auswurf, fieberte am Tage des Eintritts und hatte eine grosse fühlbare Milz. Die Annahme, dass sie während der letzten 4 Wochen, wo sie sich krank gefühlt hatte, einen mit Influenza complicirten Abdominaltyphus durchgemacht habe, liess sich nicht abweisen, wurde aber auch später durch nichts bewiesen. — Der Durchfall dauerte mit wenigen Unterbrechungen fast die ganze Zeit des Hospitalaufenthaltes bis 6. Mai fort in Gestalt von 1—3 flüssigen Entleerungen; keine Bandwurmeier, keine Tuberkelbacillen in den Stühlen (je ein Mal untersucht). Schon am 2. Tage des Hospitalaufenthalts wurde über der rechten Lungenspitze eine geringe Dämpfung und hörbares Exspirium auf der linken Fossa supraspinata bemerkt und unter stark wechselndem Fieber wurden die mässigen doch zweifellosen Infiltratzeichen an den Spitzen mit der Zeit immer deutlicher. Keine Bacillen im Auswurf, 3 Mal untersucht, am 8. April Blutspuren im Auswurf. — Obgleich Patientin in der Zeit vom 29. März bis 17. April meist fieberlos war und der Husten in dieser Zeit fast völlig schwieg, wurde das Allgemeinbefinden schlechter, namentlich nahm die Anaemie zu, und am 17. April, wo die erste Tuberkulininjection gemacht wurde, wurde ein geringer Ascites bis 2 Fingerbreit unter dem Nabel bemerkt. — Am 14. April das Gewicht 83 Pfund, also $4^1/_2$ Pfund weniger, und folgender Brustbefund: RVO ist eingesunken und dehnt sich beim Inspirium merklich weniger aus als LVO. VO beiderseits Dämpfung bis zu den zweiten Rippen, HO bis zu den Spinis scapularum. RVO Fremitus erhöht. RVO verstärktes Exspirium bei abgeschwächtem Inspirium über der Clavicula. RHO ebenfalls ein scharfes Exspirium fast bis zur Mitte der Scapula. LVO das Athmen vesiculär, doch etwas rauh. LHO des Exspirium ebenfalls verstärkt. Die unteren Lungenränder frei beweglich, kein Husten, keine Nachtschweisse. Am Halse einige etwas vergrösserte Drüsen. Das Herz nach links normal, nach rechts bis an den rechten Sternalrand, der 2. Pulmonalton mit Accent.

Am 17. April wird bei völliger Fieberlosigkeit die erste Injection von TR 0,002 gemacht. Am folgenden Tage Steigerung bis 37,9. Am 19. April die 2. Injection von 0,002; an diesem und an den folgenden Tagen bis 29. April allabendliche Temperatursteigerungen bis 37,5—37,8—38,1—38,2. Zugleich wurden am 19. April nach der 2 Einspritzung eine Ausdehnung der Dämpfung RHO bis zur Mitte der Scapula, ein Ansteigen des Ascites bis zum Nabel und Eiweissspuren im Urin bemerkt. — Nachdem Patientin am 30. April und 1. Mai absolut fieberlos geworden war, — grade an diesen Tagen wurde feines Rasseln über den Spitzen gehört — erfolgte am 2. Mai die dritte Injection auch nur von 0,002; am selben Abend und am folgenden atermals Steigerungen bis 37,4 und 37,8. — Da die Folgen der 2. Injection, namentlich die 10-tägige Fieberperiode abschreckend genug waren, so entliessen wir die Kranke am 5. Mai auf ihre dringende Bitte. Freilich hatte sich der Zustand der Kranken bis zu diesem Tage wieder gebessert. Die Dämpfung RHO reichte wieder nur bis zur Spina scapulae, die Intensität der Spitzendämpfungen schien geringer zu sein, der Durchfall hatte nachgelassen und der Ascites stand wieder unter dem Nabel. Das Gewicht bei der Entlassung $82^1/_2$ Pfund.

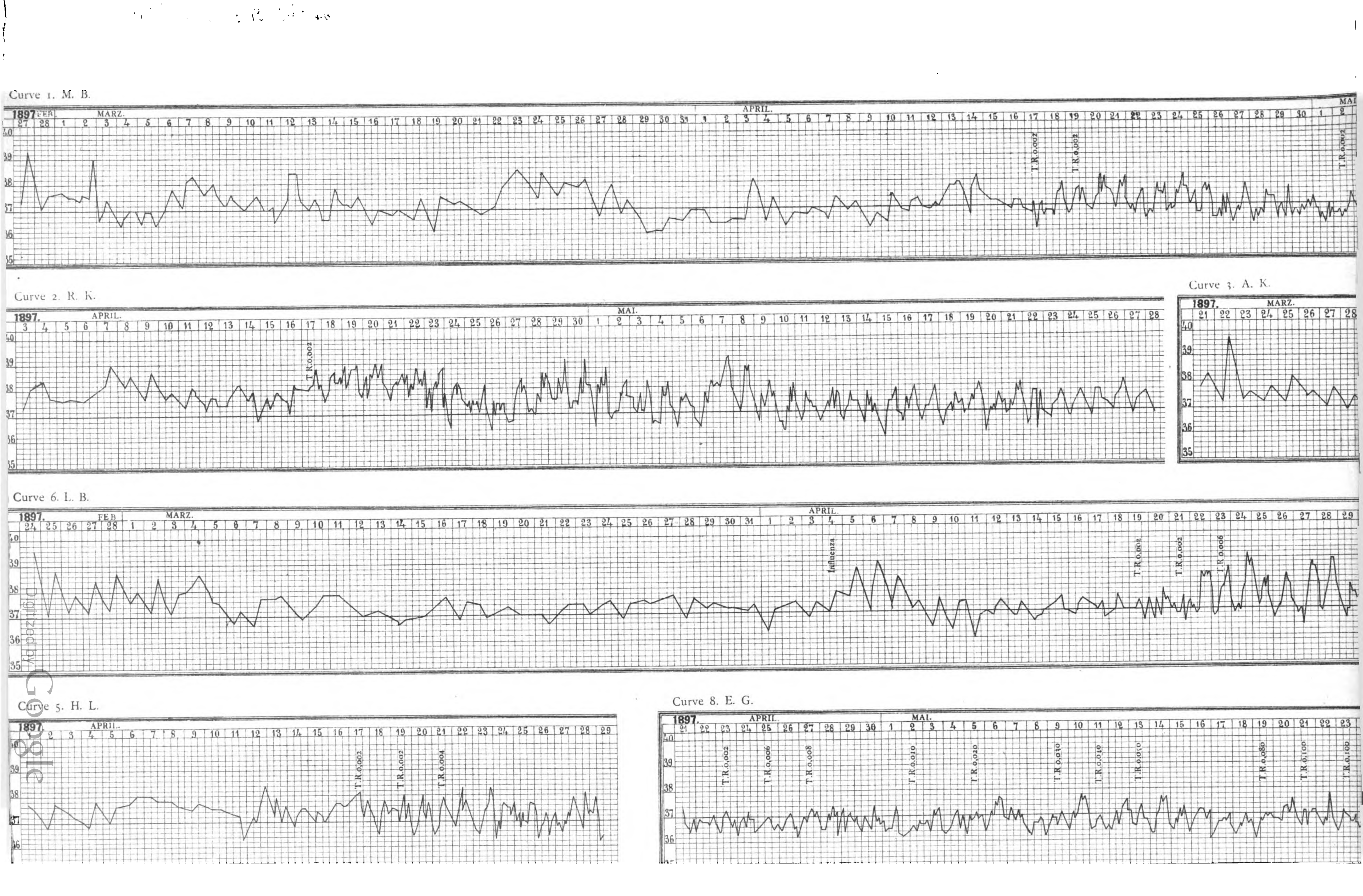
Fall 2. R. K. Alcoholismus, Phthisis florida, Meningitis tuberculosa. Curve 2. 26-jährige Puella publica tritt am 3. April 1897 ein; angeblich war sie am 30. März an Schnupfen erkrankt, hatte aber vor 2 Monaten unter Fieber an Schmerzen in der linken Brustseite gelitten. — Bei der Aufnahme Schnupfen, Schmerz im linken Ohr; ausserdem Icterus, aufgetriebener und empfindlicher Unterleib, Durchfall, die Leber bis an den Nabel reichend, die Milz nicht (?) vergrössert. Am normal grossen Herzen ein leises systolisches Geräusch. LVO geringe Dämpfung. LHU Dämpfung bei abgeschwächtem Athmen und abgeschwächtem Fremitus. Husten mit Auswurf. Mässiges Fieber, ein Mal am 5. Tage 39,0. — Zwei Tage nach dem Eintritt begann Pat. bei einer Temperatur von 37,6 und bei 144 Pulsen irrezureden, der Icterus verstärkt sich und am folgenden Tage ist ein fast furibunder Zustand mit Aufspringen, Schreien, Schimpfen vorhanden, dabei ein blutiger Stuhl und etwas Eiweiss im icterischen Urin. Starker Verdacht auf Phosphorvergiftung, doch legt sich die Aufregung bis zum Abend und trotz steigenden Fiebers verbringt Pat. die Nacht vom 6. auf den 7. April gut, schläft, ist viel klarer, der Icterus lässt nach, doch erfolgt noch ein blutiger Stuhl. In den folgenden Tagen und Nächten der Schlaf gut, der Icterus abblassend, die Leber wird kleiner, eine Probepunktion am 9. April ergiebt keine Flüssigkeit LHU. Am 10. April Blutspuren im Auswurf, in welchem am 11. April Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Zugleich wird am 11. April zum ersten Mal eine ausgesprochene Dämpfung über beiden Lungenspitzen bemerkt mit feinem Rasseln bei tiefem Athmen. Da in den Tagen vom 12. bis 16. April nur 2 Mal die Temperatur bis 38,2 ansteigt sonst unter 38,0 bleibt, und da es sich offenbar um einen frischen Fall von Lungentuberculose handelt, so wird Pat. obgleich sie einen ungleich schwereren Eindruck macht als alle die anderen zu diesem Zwecke erwählten Kranken, auch zu den Tuberkulininjectionen bestimmt, absichtlich um zu sehen, ob hier ein günstiger Einfluss des TR sich geltend machen würde. — Am 17. April wird bei einer Temperatur von 38,1 die erste und einzige Injection von 0,002 gemacht; die Temperatur steigt am selben Abend bis 38,8 und steigt in den nächsten Tagen wiederholt bis zu dieser Höhe und darüber; es folgt überhaupt ein anhaltendes Fieber bis an's Lebensende unter rascher und grober Verschlimmerung der lokalen Lungenzeichen; am 16. Juni, also zwei Monate später, die ersten Zeichen der Meningealtuberculose und Tod am 22. Juni. — Die Section ergab ausgedehnte Infiltrate und Cavernen in den Lungen, tuberculöse Meningitis. — Auch die eine Injection der Koch'schen Minimaldosis von $^1/_{500}$ mgrm. musste in diesem Falle von uns bedauert werden, denn an dieselbe schloss sich eine rapide Verschlimmerung des Fiebers und der Lungenerscheinungen.

Fall 3. Alexandra Kawonius, Hemiparesis dextra, Influenza, Tuberculosis pulmonum. 42-jährige Handwerkersfrau tritt am 21. März ein mit etwas Fieber und der Angabe seit einer Woche Schnupfen und Husten zu haben. Seit 4 Monaten rechtsseitige Hemiparese (Facialis und Extremitäten, Sprache nicht ganz frei). — Schon am Tage nach dem Eintritt wird eine geringe Dämpfung der Spitzen mit verlängertem Exspirium von fast bronchialem Charakter gehört, dabei bestehen Influenzaerscheinungen an den oberen Luftwegen; am 28. März werden Tuberkelbacillen im Auswurf gefunden. Vom 29. März bis 17. April, wo die erste Injection gemacht wurde, fieberlos mit Ausnahme des 2. und 3. April. Am 14. April wird der Status folgendermassen notirt: Mittlere Grösse, genügender Ernährungszustand Hemiparesis dextra. Infraclaviculargruben nicht eingesunken, beide Spitzen vorn bis zu den zweiten Rippen, hinten bis zu den halben Scapulis gedämpft, Verstärkung des Fremitus über beiden Spitzen, LVO bleibt beim Inspirium zurück gegen RVO. Unbestimmtes Athmen über beiden Spitzen mit bronch. Exspirium in der linken Fossa supraspinata und mit subcrepitirendem Rasseln in der linken Spitze,

Curve 1. M. B.

Curve 2. R. K.

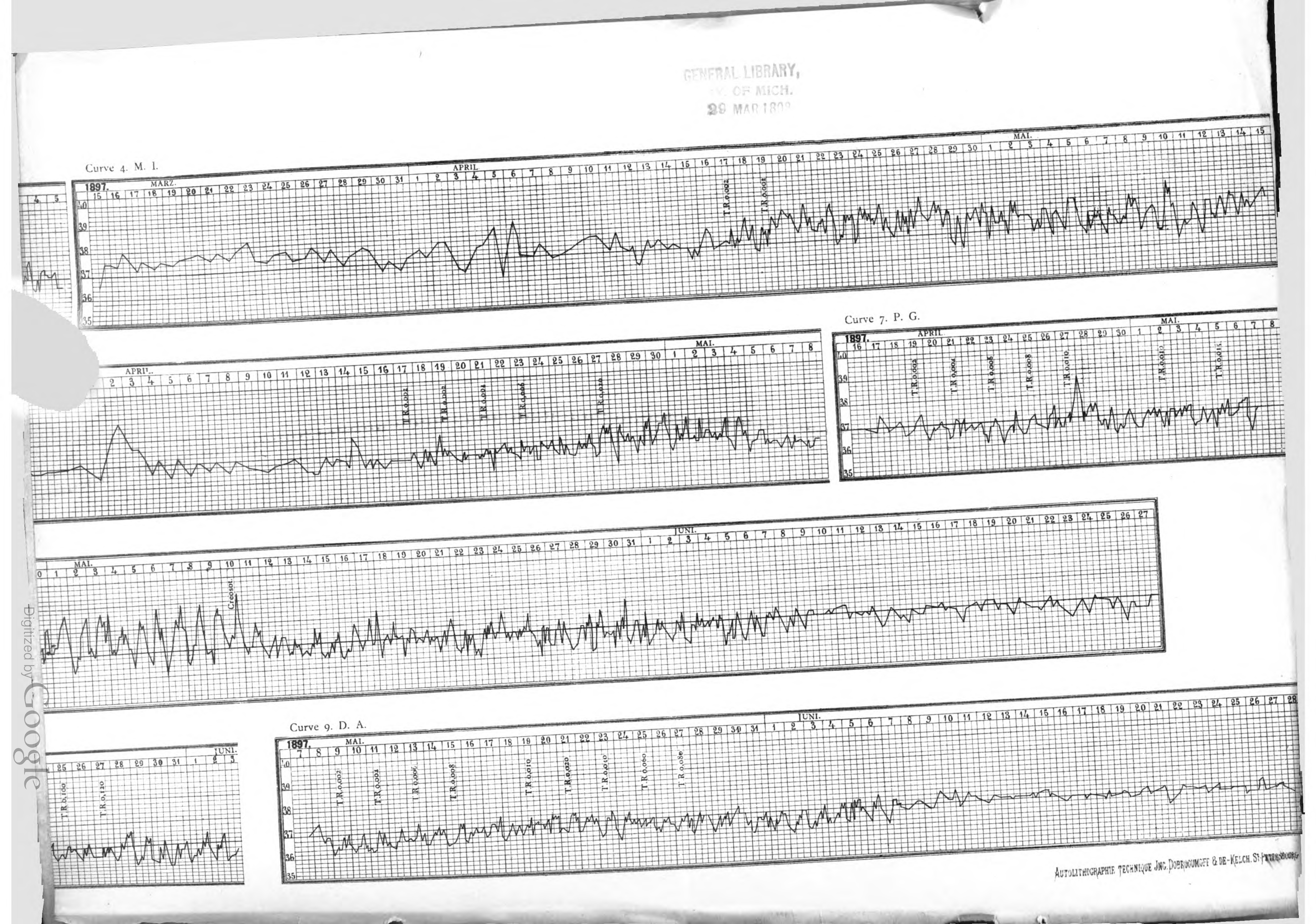
Curve 3. A. K.



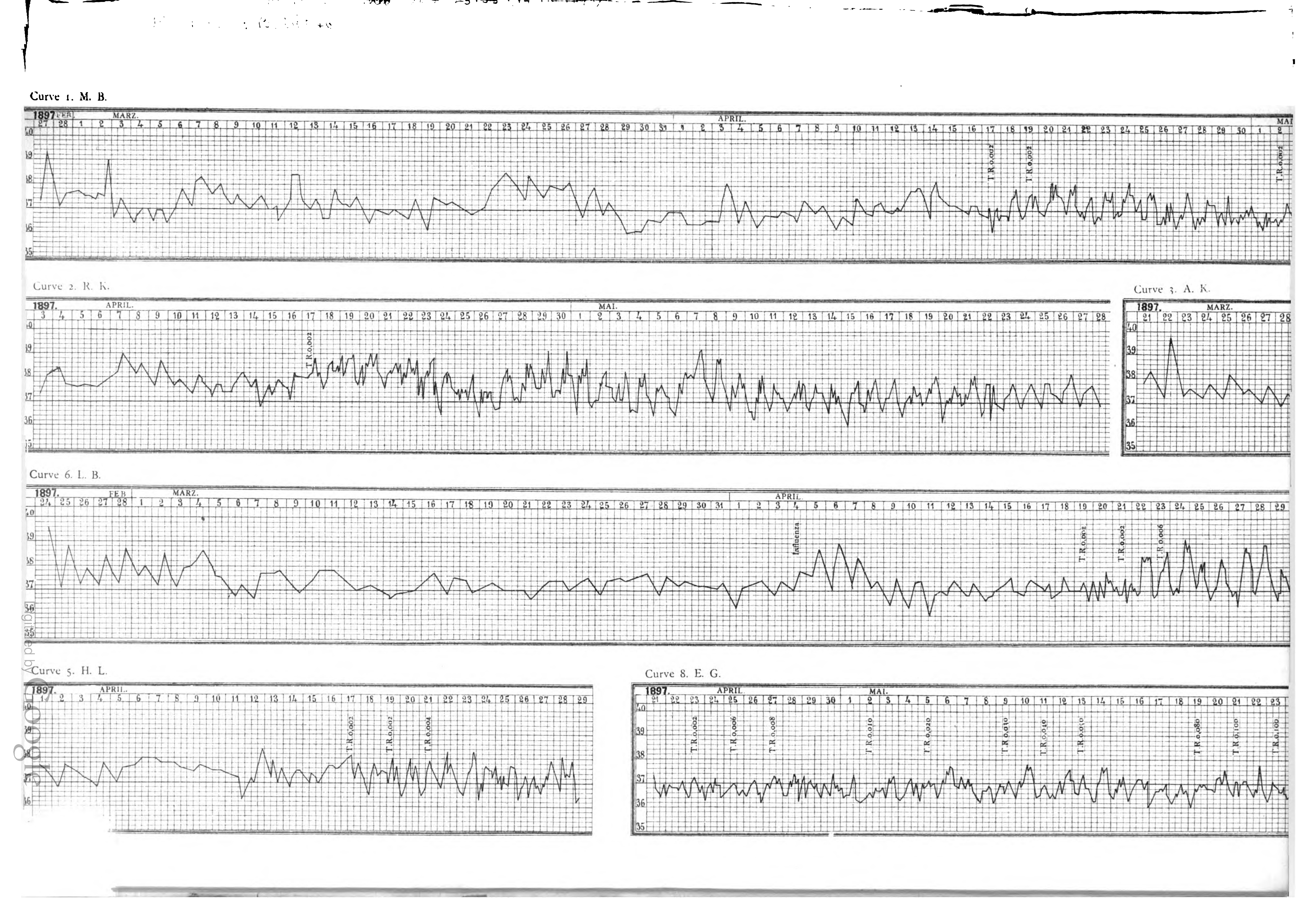
Curve 6. L. B.

Curve 5. H. L.

Curve 8. E. G.



Autolithographie technique Jng. Dobroumoff & de-Kelch. St. Petersbourg



Curve 1. M. B.

Curve 2. R. K.

Curve 3. A. K.

Curve 6. L. B.

Curve 5. H. L.

Curve 8. E. G.

hinten mehr als vorn. Husten, schleimig eitriges, tuberkelbacillenhaltiges Sputum in mässiger Menge. Kein Eiweis, kein Zucker. — Die vier ersten mit je 2-tägigem Intervall gemachten Injectionen (2 à 0,002, eine à 0,004, eine à 0,006 mgrm.) lassen mit einer kleinen Ausnahme am Morgen des 19., die Temperatur ganz normal, rufen keine Reaction hervor. Husten und Auswurf werden in diesen Tagen ganz gering, auch die Rasselgeräusche, welche dazwischen auch über der rechten Spitze gehört wurden, schwinden fast völlig, und fehlen ganz am 23. April, stellen sich aber wieder ein. Am 27. April die 5. Injection von 0,010; es folgt am selben Tage eine Steigerung bis 37,7 und während 8 Tagen tägliche Steigerungen bis 37,8–38,0. Der lokale Befund hatte sich nach dieser 8-tägigen Fieberperiode, obgleich der Husten ganz gering war und der Auswurf fehlte, deutlich verschlechtert. Die Dämpfungen über beiden Spitzen reichten jetzt weiter hinab, das Rasseln über den Spitzen hatte sich deutlich vermehrt und selbst metallischen Klang angenommen bei bronchialem Exspirium. Die Kranke obgleich seit 5. Mai wieder fieberlos sagte sich hartnäckig von den Injectionen los und liess sich am 8. Mai ausschreiben. Ihr Gewicht war vom 14. April bis 5. Mai von 105 auf 107 Pfund gestiegen.

Fall 4. Matrena Iwanowa, Tuberculosis pulmonum et laryngis. Curve 4. 46-jährige Wäscherin tritt am 15. März in's Hospital mit der Angabe seit Mitte Januar zu husten. Die kleine schlecht genährte Patientin ist während der ersten 3 Wochen des Hospitalaufenthalts subfebril, hat Husten, Tuberkelbacillenhaltenden Auswurf, Nachtschweisse. Die Stimme heiser seit 2 Monaten, wiederholte Durchfälle in den ersten zwei Wochen des Hospitalaufenthalts. — Am 14. April folgender Status: Gewicht 90 Pfund. Schlechter Ernährungszustand, ausgesprochene Anaemie. Heiserkeit, viel Husten mit reichlichem schleimigeitrigem Auswurf. Gegenwärtig keine Durchfälle und keine Nachtschweisse. Die oberen Partien des Thorax sind eingesunken, rechts mehr als links. RVO Dämpfung bis 3. Rippe, RHO bis zum Scapulawinkel, das Inspirium abgeschwächt, viel subcrepitirendes Rasseln RO, in der fossa supraspinata dextra Exspirium von bronchialem Character. LVO Dämpfung bis zur 2. Rippe, LHO, bis zur Spina scapulae. Hierselbst härteres Exspirium und subcrepitirendes Rasseln. Die unteren Lungenränder frei beweglich. Die Leber überragt den Rippenrand um 3—4 Fingerbreit, ist druckempfindlich, Milz nicht vergrössert, kein Eiweiss, kein Zucker. Der freie Rand der Epiglottis exulcerirt, Schwellung und Injection der Interarytaenoidalfalte. — Der Fall war offenbar kein frischer, aber da Pat. vom 12. bis 16. April nicht fieberte (mit einer kleinen Ausnahme), so wurde am 17. April die erste Injection von 0,002 gemacht. Nachmittags 37,7, am folgenden Mittag 38,1. Am 19. April bei einer Temperatur von 37,5 die zweite Injection von 0,002 mgm.; darnach in den nächsten 3 Wochen tägliches Fieber mit wenigen Ausnahmen bis 38,0 und darüber, in den ersten Tagen einige Mal bis 38,5 und 38,6. Die Rasselgeräusche, der Husten und Auswurf hatten schon unter grösserer Aufsicht und Pflege in den Tagen vor dem 17. April begonnen nachzulassen, und wurden geringer in diesen Tagen der beiden Einspritzungen, aber am 21. April Ausbreitung der Dämpfung RO bis um ein Fingerbreit weiter hinab, vom 25. April ab vermehrten sich wieder die Rasselgeräusche und hatten am 3. Mai metallischen Klang in der rechten fossa supraspinata. Am 8. Mai wurden RHO ausdrücklich Cavernenzeichen constatirt. Die Stimme besserte sich nicht. Das Gewicht fiel in der Zeit vom 14. bis 23. April in der Periode der Einspritzungen um $4^{1}/_{2}$ Pfund, stieg dann wieder bis zum 5. Mai um 3 Pfund. — Pat. verliess auf eigenes Verlangen das Hospital am 16. Mai.

Fall 5. Helene Lossewa. Tuberculosis pulmonum. Curve 5. 21-jähriges Bauermädchen tritt am 1. April in das Hospital mit der Angabe, dass nach einer Erkältung vor 6 Monaten ein Schüttelfrost mit Schmerzen in der rechten Brustseite eingetreten sei, in der letzten Zeit habe sich Blut im Auswurf gezeigt. Es wurden alsbald nach der Aufnahme ein ausgedehntes Infiltrat des rechten Oberlappens und Tuberkelbacillen im Auswurf constatirt. Da Pat. nur sehr wenig fiebert, — vom 1. bis 16. April nur 2 Mal 38,0, nur ein Mal 38,4, — so wird sie zu den Tuberkulineinspritzungen für geeignet gehalten. — Am 14. April folgender Status. Gewicht $100^{1}/_{2}$ Pfund. Mittlerer Wuchs, Ernährungszustand unter Mittel, die letzten Fingerphalangen Kolbenförmig, geringe Cyanose des Gesichts und der Extremitäten. Husten mässig, stört den Nachtschlaf nicht. Auswurf schleimigeitrig mit sehr viel Tuberkelbacillen, zuweilen mit Blutstreifchen. Keine Brustschmerzen, Appetit mangelhaft, Stuhl nach je 2 Tagen, kein Durchfall. Der Brustkorb flach, die Supra- et Infraclaviculargruben eingesunken, rechts mehr als links, die Scapulae abstehend. VO beiderseits mangelhafte Ausdehnung beim Inspirium, rechts mangelhafter als links. Stimmfremitus RVO und RHO deutlich verstärkt. RVO Dämpfung bis zur 3. Rippe, RHO bis zum unteren Drittheil der Scapula. Die linke Supraclaviculargrube nur etwas gedämpft. Die unteren Lungenränder frei beweglich. RO im Bereich der Dämpfung unbestimmtes Athmen und hörbares nicht bronchiales Exspirium, ausserdem subcrepitirendes Rasseln. RVO weniger Rasseln als RHO. Ueber der linken Spitze normales Athmen. Herzstoss im 5. ICR, nach innen von der Mammillarlinie, die rechte Grenze geht bis zum rechten Sternalrand. Töne eher leise, mässiger Accent auf dem 2. Pulmonalton. Die Leber tritt in der Mammillarlinie um $1^{1}/_{2}$ Fingerbreit unter dem Rippenrand hervor, Milz etwas perkutorisch vergrössert. Keine Menses seit 3 Monaten. — Nachdem in den Tagen vor dem 17. April die Temperatur nicht über 37,7 hinausgegangen, wird am 17. April bei einer Temperatur von 38.1 eine Injection von 0,002 gemacht; Nachmittags nicht über 37.8, ebenso am folgenden Tage. Am Abend nach der ersten Einspritzung Schmerzen an der Injectionsstelle und Nachts Kopfschmerzen, auch der Husten Nachts stärker. — Am 19. April zweite Injection von 0,002, am 21. April die dritte Injection von 0,004. Obgleich eine gegen die früheren Tage nennenswerthe Temperatursteigerung nicht erfolgt, so ist doch am Abend des 21. die Menge der Rasselgeräusche gegen den Morgen erheblich vermehrt; am folgenden Morgen ist auch der Auswurf vermehrt mit Blutbeimengung, und die Dämpfung reicht um 1 Fingerbreit weiter hinab als früher, wenn auch die Menge des Rasselns schon wieder gegen den Abend abgenommen hat. Die Rasselgeräusche wechseln an Menge wiederholt in den nächsten Tagen, die Temperaturen liegen deutlich, wenn auch nicht wesentlich höher als vordem, was uns zusammen mit der so deutlichen örtlichen Reaction am 21. April veranlasst weiter keine Injectionen zu machen. Da Patientin auf's Land geht, so bittet sie dringend um Entlassung am 30. April. An Gewicht hatte Pat. in der Zeit der Injectionen vom 14. bis 23. April um 2 Pfund zugenommen. — Im Ganzen hat sich an dem Zustand der Kranken in diesem Fall nicht viel verändert, doch steht das Fieber eine Spur höher nach den Injectionen als vor denselben.

Fall 6. Lydia Bogdanowa, Lymphadenitis tuberculosa, Tuberculosis pulmonum incipiens, Curve 6. — 16 jähriges Mädchen, Feinwäscherin tritt am 24. Februar in's Hospital. Der Vater lebt gesund, die Mutter soll schwindsüchtig sein und lebt beständig in der Krim. 3 oder 4 Geschwister sind unbekannt woran gestorben, eine Schwester gesund. — Vor 2 Jahren traten Drüsenschwellungen am Halse und in der rechten Achsel ein, dazu Nachtschweisse und fieberhafte Zustände. Vor $1^{1}/_{2}$ Jahren wurden die Drüsen am Halse, vor $^{3}/_{4}$ Jahr die in der Achsel operirt. Vom 21. Januar bis 21. Februar 1897 im Alexanderhospital angeblich einen Abdominaltyphus durchgemacht. Zu Hause begann sie wieder zu fiebern, und als das hochgewachsene, sehr gracile anaemische Mädchen von 84 Pfund bei uns einige Tage später am 24. Februar eintritt, fiebert sie anfangs mässig unter dem Verdacht eines Typhusrecidivs. Die Milz indess nicht palpabel, wenn auch percutorisch vergrössert, keine Roseolae, Durchfall, doch der Unterleib nicht aufgetrieben. Am Halse rechts eine 8 cm. lange Narbe, eine ebensolche in der rechten Achsel. Die Halsdrüsen besonders rechts geschwellt von Erbsen- bis Haselnussgrösse und schmerzhaft, auch die Achsel- und Cubitaldrüsen geschwellt. Beiderseits eine kurze Halsrippe. Geringe Scoliose, die rechte Schulter steht tiefer als die linke. Die rechte Lungenspitze gedämpft mit verstärktem Exspirium und einzelnen Rasselgeräuschen. — Das mässige Fieber schwand zum 6. März und von da ab hatte Patientin nur ab und zu subfebrile Temperaturen bis zum 20. April, mit Ausnahme des 5. bis 7. April, wo sie eine Influenza durchmachte. Vom 8. März ab Arsen und Creosot in steigenden Dosen, dabei bessert sich Pat. auffällig, das Gewicht steigt von 84 Pfund am 24. Februar auf 94 Pfund am 28. März, die Nachtschweisse wurden seltener, Appetit, Stuhl, Schlaf gut, kein Husten, die Halsdrüsen nicht mehr schmerzhaft.

Am 18. April wird bei demselben guten Allgemeinbefinden bemerkt, dass beide Spitzen bis zu den 2. Rippen und bis zu den Spinis scap. gedämpft sind, dass rechts die Dämpfung intensiver ist als links; beiderseits oben abgeschwächtes Inspirium, verschärftes Exspirium, höchst selten einzelne crepitirende Rasselgeräusche. Am 19. April erste Injection von 0,002 erst am folgenden Tage, Steigerung bis 37.8; am 21. April zweite Injection von 0,002, der auch erst am folgenden Tage eine Steigerung bis 38.4 folgt, auch ist die Injectionsstelle geröthet und geschwellt. Am Morgen des 23. April fieberlos, jetzt dritte Injection von 0,006, darnach am selben Tage 38,6 und es folgt nun 17 Tage lang ein tägliches Fieber, welches mit einer Ausnahme allnachmittäglich Steigerungen über 38,0 macht, oft bis 38,5 und darüber, und zwei Mal bis 39,0. Am 27. April werden die Halsdrüsen etwas grösser und am 28. April wird die Dämpfung RO bedeutend intensiver gefunden. Abends Unwohlgefühl, Nachtschweisse häufiger. Endlich am 11. Mai sinkt das Fieber und finden sich von da ab nur ausnahmsweise subfebrile Temperaturen bis zum 31. Mai. Vom 1. Juni ab absolut fieberlos. — Vom 10. Mai ab wird wieder Creosot gegeben, selbstverständlich ist es ein Zufall, dass von

da ab das höhere Fieber nachlässt. An dem Befunde über der rechten Spitze sowie an den Halsdrüsen ändert sich Nichts weiter, doch bessert sich unter guter Ernährung bei Creosotgebrauch ganz ausserordentlich das Allgemeinbefinden, wie folgende Zahlen des Körpergewichts beweisen:

24. Februar	84 Pfund	
28. März	94 »	
18. April	$93^1/_2$ »	Periode der Injectionen und des Fiebers.
15. Mai	$94^1/_2$ »	
23. Mai	$96^1/_2$ »	
10. Juni	100 »	
9. Juli	108 »	

Patientin verlässt das Hospital am 25. Juli.

Der Fall ist ausserordentlich interessant.

Bei einer fieberlosen Person mit tuberkulösen Lymphdrüsen und infiltrirten Lungenspitzen tritt nach 3 Injectionen (2 Mal 0,002, 1 Mal 0,006) ein 17-tägiges Fieber auf, während dessen die Drüsengeschwülste grösser und die Dämpfung auf der rechten Spitze intensiver wird; als endlich das Fieber nachlässt erholt sich Patientin bei guter Nahrung und Creosotgebrauch ausserordentlich.

Fall 7. Praskowja Gussewa, Tuberculosis pulmonum incipiens, Pleuritis sinistra. Curve 7. 16jähriges Schneidermädchen tritt ein mit der Angabe seit $1^1/_2$ Monaten zu husten, anfangs war der Auswurf blutgefärbt, später schleimig, sie hatte Brustschmerzen, namentlich links. Die Eltern sind gesund. — Pat. ist sehr gut ernährt, wiegt 99 Pfund, ist fieberlos, Appetit, Stuhl, Schlaf gut, keine Schweisse. Viel Husten mit schleimigem Auswurf, derselbe mit Blutstreifen, doch keine Tuberkelbacillen. Die Hals- und Leistendrüsen vergrössert. Die Supra- und Infraclaviculargruben etwas eingesunken, die unteren Scapulawinkel abstehend. Die rechte Brusthälfte dehnt sich bei tiefem Einathmen mehr aus als die linke. Dämpfung über beiden Spitzen, doch rechts intensiver als links. RVO die Dämpfung bis zur 2. Rippe, RHO bis zum oberen Scapuladrittheil, LVO ist die Fossa supraclavicularis und LHO die Fossa supraspinata gedämpft. RVO und RHO der Fremitus verstärkt und hörbares Exspirium, auch LVO des Exspirium hörbar. Ausserdem LHU eine 3 Fingerbreite Dämpfung mit abgeschwächtem Pectoralfremitus, mit abgeschwächtem Athmen und mit geringer Ausdehnungsfähigkeit dieser Partie. Leber und Milz nicht vergrössert, kein Eiweiss. — Es werden vom 19. bis 27. April fünf Injectionen über je einen Tag gemacht, angefangen mit 0,002 und bei jeder Injection um ebensoviel gesteigert. Die ersten vier Injectionen verlaufen ohne ausgesprochene allgemeine und örtliche Reaction, — am 23. April wird die Milz vergrössert und fühlbar gefunden, die Injectionen am 23. u. 25. April werden während vorhandener Menses gemacht, die dadurch nicht beeinflusst erscheinen, — erst nach der fünften Injection 0,010 am 27. April steigt die Temperatur bis 38,7. Diese Einspritzung hinterlässt auch Schmerzen, Röthe und etwas Schwellung an der Einstichstelle. In den folgenden Tagen fieberlos, erst 5 Tage später wird die 6. Einspritzung, auch 0,010 riskirt, dieselbe bleibt ohne Folgen, ebenso die 7. Einspritzung von 0,015 am 5. Mai. — Am 7. Mai ist Pat. nicht mehr im Hospital zu halten und muss auf dringende Bitte ausgeschrieben werden. Der Husten hatte fast völlig aufgehört, der Auswurf schwand ebenfalls. Der Befund auf den Spitzen hatte sich nicht geändert, wohl aber war die geringe Pleuritis LU geschwunden, die Brust dehnte sich LU wieder gut aus. Das Gewicht stieg vom 18. April bis 5. Mai um $4^1/_2$ Pf. — Der Fall gehört zu den ganz leichten; seine tuberculöse Natur ist nicht zu bezweifeln angesichts der Spitzendämpfungen, der Pleuritis und der Reaction nach der Dosis von 0,010. Zu Gunsten des Tuberkulin beweist er Nichts, da derartige Fälle auch sonst im Hospital bei Pflege und Creosotgebrauch sehr gut sich erholen.

Fall 8. Elisabeth Hegmann, Tuberculosis pulmonum incipiens. Curve 8. 21-jährige Besenbinderin tritt am 21. April ein mit der Angabe seit Mitte December 96 zu husten. Vor 2 Jahren hatte sie einen Typhus. Seit Weihnacht 96 wird sie mager und schwitzt in den Nächten. Am 10. April a. c. war sie aus unserem Hospital entlassen worden, wo sie wegen Influenza und wegen verdächtiger Lungen gelegen hatte; es waren keine Tuberkelbacillen gefunden worden. Vater und Mutter sind an Schwindsucht gestorben. Pat. hat keine Geschwister. Beim Eintritt jetzt am 21. April wird sie trotz angeblich schon stattgehabter Abmagerung bei vorzüglichem Ernährungsstand gefunden, wiegt $119^1/_2$ Pf. Wenig Husten mit spärlichem Auswurf ohne Bacillen. Die rechte Lungenspitze ist eingesunken, ist vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis Spina scapulae gedämpft, der Fremitus RO verstärkt, das Athmen abgeschwächt, kein Rasseln. Die linke Supraclaviculargrube etwas gedämpft bei normalem Athmen. Leber und Milz nicht vergrössert. Kein Eiweiss. Absolut fieberlos.

Es wurden vom 23. April bis 27. Mai 13 Injectionen gemacht, begonnen mit 0,002 und geendet mit 0,120, über einen Tag und mit etwas grösseren Zwischenräumen. Reactionen traten erst von der 5. Injection ab auf, wo 0,020 eingespritzt wurden, sie erfolgen immer erst am Tage nach der Injection, sind sehr unbedeutend bis 37,8, aber auf der Curve deutlich. Auf die Dosis von 0,100 erfolgt das erste Mal eine Reaction, die beiden folgenden Mal nicht; erst auf die letzte Injection von 0,120 folgt wieder eine geringe Reaction. — In den Tagen von 25. April bis 4 Mai hustet Pat. mehr als früher; 30. April etwas Blut im Auswurf. Am 10. Mai wird die Milz vergrössert gefunden, was vordem nicht der Fall war und am 22. Mai wird constatirt, dass die linke Spitze deutlicher gedämpft ist als früher, es reicht die Dämpfung vorn bis zur 2. Rippe und hinten bis zur Spina scapulae. Nach der 5. 6. und 7. Injection war die Einstichstelle schmerzhaft und roth, nach der letzteren bildete sich sogar ein Infiltrat, das aber nicht abscedirte. Die Kranke wird am 3. Juni in gutem Allgemeinbefinden entlassen, der Husten dauerte bis zum Austritt fort, ebenso der spärliche Auswurf. Das Gewicht stieg vom 23. April bis 3. Juni um $5^1/_2$ Pf. Die Dämpfung der linken Spitze war bis zum Austritt deutlicher als beim Eintritt.

Der Fall gehört zu den ganz leichten. Dass es sich um eine tuberkulöse Affection handelt, kann nicht bezweifelt werden. Es bestand Belastung von beiden Eltern her, Reactionen folgten auf das Tuberkulin, beide Spitzen waren afficirt. Bemerkenswerth ist dass die Dämpfung über der linken Spitze unter der Tuberkulinbehandlung deutlicher wurde. Auch der Husten hielt bis zum Austritt an.

Fall 9. D. A. Pneumonia chronica interstitialis, Syphilis secundaria, Curve 9. 30-jährige Bonne tritt am 7. Mai ins Hospital mit der Angabe seit einigen Jahren zu husten; der Husten verschlimmert sich zum Frühjahr hin. Im April ac. hustete Pat. mehr als früher, hat die letzten 2 Wochen zu Bett gelegen. — Bei der hochgewachsenen, genügend gut ernährten, doch anaemischen Pat. von $133^1/_2$ Pf. erwiesen sich beide Lungenspitzen gedämpft mit Retraction. Es bestand Husten mit Auswurf, in welchem bei wiederholter Untersuchung keine Tuberkelbacillen gefunden wurden. Die Milz gross und fühlbar. Absolut kein Fieber. Kein Eiweiss.

Es wurden der Patientin vom 9. Mai bis 27. Mai 9 Injectionen, fast ohne Ausnahme über je einen Tag gemacht, angefangen mit 0,002 und geendet mit 0,080. Nach keiner dieser Injectionen erfolgte eine Fieberreaction. Dazwischen klagte Patientin am 17. Mai über Brustschmerzen, es sollte der Auswurf vermehrt und demselben Blut beigemengt sein. Doch wurden die Angaben der Patientin mit der Zeit wenig glaubwürdig. Ihre Anaemie besserte sich auffallend, wenn auch das Gewicht nicht stieg; der Lungenbefund blieb unverändert. — Zum Schluss ihres Hospitalaufenthalts, der erst am 17. Juni erfolgte, trat eine syphilitische Roseola auf und wurden Condylomata an den kleinen Labien bemerkt, was die Patientin verschwiegen hatte. — Es hatte sich offenbar bei der Kranken um alte Schrumpfungen der Lungenspitzen und um frische Syphilis gehandelt.

Das allgemeine Resultat aus uneren 9 Fällen von Lungentuberkulose, die wir mit Tuberkulin R behandelt haben, lautet also dahin, dass 5 von den 9 Fällen, — es sind dies die Fälle 1, 2, 3, 4 und 6 — Fieberreactionen und deutliche Veränderungen an den ergriffenen Lungentheilen in der Weise aufwiesen, dass der Zustand der Kranken nach den Injectionen schlimmer war als vor denselben. Darunter ist der allerdings an sich schon schwerere Fall 2, wo eine einmalige Injection von 0,002 wie die Curve zeigt, den fatalen Uebergang in einen ganz rapiden Verlauf der Tuberkulose einleitete, dann aber findet sich in der Zahl dieser ungünstigen Fälle der Fall 6, wo eine vollständig fieberlose Person, deren Allgemeinbefinden in fortschreitender Besserung begriffen ist, durch 3 Injectionen in ein 17-tägiges Fieber versetzt wird. Glücklicherweise schwindet das Fieber spontan und die Patientin erholt sich wieder, aber augenscheinlicher als in diesem Fall 6 kann die Gefahr, welcher wir unsere Kranken durch Tuberkulininjectionen aussetzen, gar nicht demonstrirt werden. Die Fälle 1, 3, 4 verlassen nach den wenigen Injectionen, die ihnen gemacht wurden (3, 5, 2 Injectionen in derselben Reihenfolge) das Hospital entschieden in einem schlechteren, durch das Tuberkulin hervorgerufenen Zustand, als sie eingetreten waren.

Der Fall 5 nimmt in so fern eine gewisse Mittelstellung ein, als eine grobe Verschlimmerung durch das Tuberkulin R nicht eingetreten war, immerhin stand das Fieber nach den Injectionen um etwas höher als vordem.

In den Fällen 7, 8, 9 ist eine Verschlimmerung nicht eingetreten, aber es waren ganz leichte gutartige Fälle, davon Fall 9 sicher eine alte Schrumpfung der Spitzen.

Und dieses dem Tuberkulin R. höchst ungünstige Resultat ist eingetreten, trotz grosser Vorsicht in der Application desselben. Wir haben nur minimale und der Zahl nach spärliche Dosen angewandt, und haben jede wirklich stürmische Reaction, wie wir sie aus den Jahren 1890/91 kannten, vermieden[1])

Alles zusammengenommen hat uns die Beobachtung gelehrt, dass nach dem Tuberkulin R. genau dieselben Erscheinungen auftreten, wie nach dem alten Tuberkulin. Es ist in Bezug auf die klinischen Symptome zweifellos dasselbe Gift wie das frühere Tuberkulin und in seiner Anwendung auf den kranken Menschen ein entschieden gefährliches Mittel. Die Concentration des Giftes ist in dem Tuberkulin R. offenbar die möglichst grosse, wenn $^1/_{500}$ oder 0,002 mgrm. der wirksamen Substanz ($^1/_{30000}$ eines gran) so handgreifliche Wirkungen haben wie an unseren Kranken, und wenn diese Dosis, die man doch nur als eine unendlich kleine Grösse bezeichnen kann, deutlich örtliche Reaction bei Lupus hervorrufen kann, wie wir das staunenden Auges an unserem ersten Injectionstage sahen.

Und dieses gefährliche, unendlich concentrirte Gift sollen wir nun, wie uns Koch zumuthet, an Patienten anwenden, die an sich noch nicht schwer krank sind im allgemeinen klinischen Sinne, von denen Viele selbst unter Hospitalverhältnissen sich ausserordentlich bessern, Viele unter vernünftigem Regime in einen so guten Zustand kommen, dass man ihn schliesslich als Heilung bezeichnen kann?

Ich meine auf Grund unserer Beobachtungen die Warnung vor Anwendung des Tuberkulin R wiederholen zu dürfen, welche ich mir erlaubte auf der Sitzung der inneren Section des internationalen med. Congresses am 9/21. August 1897 in Moskau auszusprechen.

Bezüglich der chirurgischen mit Tuberkulin R behandelten Fälle beschränke ich mich hier auf die Bemerkung, dass es ebenfalls neun Fälle waren, in denen es angewandt worden ist. Es waren 2 Fälle von Lupus im Gesicht, 5 Gelenktuberkulosen zum Theil mit Fisteln und 2 Fälle von verbreiteter Lymphadenitis zum Theil auch mit Fisteln. Sämmtliche Fälle waren fieberlos vor Beginn der Injectionen. In dem einen Lupusfalle sahen wir nach der ersten Injection von 0,002 eine deutliche, wenn auch schwache Röthe und Succulenz, dieselbe wiederholte sich mehr oder weniger stark auch später. Auch trat in diesem Falle nach etwa 5 wöchentlicher Behandlung eine gewisse Besserung ein, doch war im Juli, zwei Monate nach Aussetzen der Tuberkulininjectionen, der Zustand um Nichts besser als vor Beginn derselben. Bei den anderen Kranken wurden ausgesprochene örtliche Reactionen nicht bemerkt. — Fieberreactionen wurden bei den chirurgischen Kranken erst bemerkt als zu den grösseren Dosen übergegangen wurde. Die grössten Dosen betrugen 0,260 in einem Lupusfall, und 0,200 bei einem Fall von Gelenktuberkulose. Zwei Mal traten nach den relativ grösseren Dosen Temperatursteigerungen bis 39,4 (Lupus bei einer Dosis von 0,020) und 39,8 (Gelenktuberkulose bei einer Dosis von 0,080) ein. Die kleinsten Dosen, bei welchen eine Temperatursteigerung in den chirurgischen Fällen bemerkt wurde, waren 0,012 (38,4 in einem Fall von Gelenktuberkulose) und 0,040 (38,0 in einem Lupusfall).

[1]) Der Bericht über die mit dem alten Tuberkulin 1890/91 im Obuchow'schen Frauenhospital behandelten Lungenkranken findet sich in der St. Petersburger med. Wochenschrift 1891 Nr 12. p. 99.

In der Zeit zwischen Anstellung der obigen Beobachtungen und der Beförderung dieses Berichtes zum Druck ist eine Reihe von Berichten und Mittheilungen über das Tuberkulin R in der deutschen medicinischen Wochenschrift in den NNr. 28 bis 40 1897 erschienen, deren Autoren ich hier aufzähle: Bussenius (aus der Klinik von B. Fraenkl), Schultze (Bonn), Slawyk (Klinik von O. Heubner) Wörner (städtisches Krankenhaus in Schwäbisch-Gmünd), Seeligmann, Doutrelepont (Bonn), Leik (Klinik von Mosler) Delacamp (nach einer Vorlesung von Prof. Rumpf), Richard Müller, J. Herzfeld, Baudach (Sanatorium Schöneberg, Württemberg), Lucius Spengler (Davos), Rembold (Marienhospital in Stuttgart), Petruschky, (letztere beide handeln übrigens nur von dem alten Tuberkulin) Gerber und Prang, W. v. Hoorn, Peter Kaatzer, über welche ich aber um so mehr mich hier eines zusammenfassenden Urtheils enthalte, als zum Theil die Autoren selbst ein solches nicht abgeben. So viel geht aus denselben jedoch mit Sicherheit hervor, das unsere ungünstigen Fälle durchaus nicht vereinzelt dastehen, und dieses scheint noch mehr der Fall zu sein, wenn ich die gegenwärtig mir nur in Referaten zugängigen Berichte von Schröder (Münchener med. Wochenschrift 1897 Nr. 29.) Valentin Jez (Wiener med. Wochenschrift 1897 Nr. 31) Schnabl (Centralblatt für die gesammte Therapie 1897 October) und von Jawein (Mittheilung auf dem Moskauer Congress, Wratsch 1897 Nr. 35 p. 986) in Betracht ziehe. Durchgängig und auffallend günstig lauten nur die Berichte über Behandlung des Lupus mit Tuberkulin R.

Referate.

G. Sticker: Ueber die Pest nach Erfahrungen in Bombay. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 1. 1898).

Verf. hat als Mitglied der deutschen Pestcomission im Jahre 1897 Gelegenheit gehabt, genauere Studien über die Verbreitung und das Wesen der Krankheit zu machen. Das Medium, in welchem sich die Pest an ihren secundären Herden unterirdisch erhält und weiter fortzeugt, ist wie im Urnest der Seuche, den Alpenländern des Himalaya, das Volk der Ratten und verwandtes Ungeziefer. Als Zwischenträger der Pest zwischen Ratten und Menschen und als überirdische Verbreiter der Pest überhaupt wirken in erster Linie kleine Insekten, welche auf den lebendigen oder todten Pestratten schmarotzen. Der pestkranke Mensch, die Pestleiche, das Pestgewand sind direkt weit weniger gefährlich und stecken zumeist auch wieder vermittelst des kleinen Ungeziefers an. Nur wo das Sputum von Lungenpestkranken die Verbreitung der Ansteckung übernimmt, ist der pestkranke Mensch direkt und äusserst gefährlich. Die häufigste und eigenthümlichste Localisation des Pesterregers charakterisirt den Typus der Drüsen- oder Bubonenpest. In nicht wenigen Fällen stellt eine Pustel oder ein Furunkel auf der Haut die erste und eine zugehörige Drüsenschwellung die zweite Station der Infection dar. Auch die oberen Schleimhäute (Gaumen, Zunge) werden nicht so selten befallen. Die zweite klinische Form der Pest ist die Pestpustel auf der Haut. Der Verlauf der Hautpest ist mitunter, von der lokalen Zerstörung abgesehen, gutartig, öfter unter secundärer Bubonenbildung oder Verallgemeinerung der Infection letal. Die dritte Form ist die Lungenpest, die unter dem Bilde der katarrhalischen oder lobären Pneumonie verläuft oder zu einer vorher bestandenen chronischen Lungenerkrankung hinzutritt und wohl stets tödtlich ist. In der Bombayer Epidemie war die Lungenpest nicht selten, wenn auch lange nicht so häufig wie in früheren Pestseuchen. Wenn der Bacillus die Grenzen des Bubo durchbricht oder von den Lungenalveolen aus in den Kreislauf gelangt, wird das kurz vorher oft noch milde Krankheitsbild plötzlich ein sehr schweres. Es treten unter gesteigerten Fieberbewegungen oder auch unter sofortigem Collaps die Zeichen allgemeiner Sepsis ein, die in wenigen Stunden, spätestens 3 Tagen zum Tode führt. Neben den Pesterkrankungen mit ausgebildeten Symptomen sieht man häufig Fälle, in welchen leichtes Fieber und Schmerzhaftigkeit einer Drüse, oder Benommenheit und Kopfschmerzen, auffallende Hinfälligkeit bestehen und die in wenigen Tagen genesen. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind das Fälle leichtester Pestinfection.

Unter den Nachkrankheiten sind am häufigsten Lähmungen, Aphonien, Amaurose, Taubheit. Eine ausserordentlich häufige Complication ist die parenchymatöse Keratitis, welche meistens zur Iridocyclitis und nicht selten zur Panopthalmie führt. Nach ausführlicher Schilderung des anatomischen Bildes, das der Verf. bei einer grösseren Anzahl von Sectionen gewann, geht er auf den Nachweis des Pestbacillus über. Im allgemeinen ist es leicht an der frischen Leiche aus den primären Localisationen die Pestbacillen in Ausstrichpräparaten, in frischen Gewebsschnitten und in Culturen oder Mäuseinfectionen sichtbar zu machen. Bei septischen Fällen gelingt ebenso unschwer der Nachweis im Blut, in der Milz, im Knochenmark u. s. w. Dabei geht aber der Pestbacillus im Leichenmaterial ausserordentlich schnell zu Grunde, so dass er z. B. in Organstücken, deren Ausstrichpräparat, frisch zubereitet, eine grosse Menge Bacillen enthielt, nach Härtung und Aufbewahrung in Formalin oder Alkohol nicht mehr oder nur schwer zu finden ist. Was den Nachweis des Pestbacillus am lebenden Kranken angeht, so ist er in den meisten Fällen von einfacher Drüsenpest ohne gefährliche und unerlaubte Eingriffe am Kranken nicht möglich. Die Pestsepticaemie ohne deutlichen Primäraffect wird durch den Bacillenbefund im Blut erkannt, die Lungenpest offenbart sicher eine Untersuchung des Auswurfs. Die unscheinbaren primären Pusteln und Furunkeln bei der Hautpest liefern dem Untersucher, der auch mit den atypischen und Degenerationsformen, welche der Bacillus gerade in solchen Producten gern annimmt, vertraut ist, stets das Material für die bakteriologische Diagnose.

Eine Heilung des Pestkranken durch specifische Mittel giebt es heute, ausser im Thierexperiment, nicht.

Weyert.

César Félix de Traczewski: Zur Theorie der Schilddrüse und der Therapie des Morbus Basedowii. Neurologisches Centralblatt, Nr. 20, 1897.

Dem Morbus Basedowii liege eine functionelle Läsion am Boden des 4. Ventrikels zu Grunde. Dort entspringen die Nerven der Schilddrüse. Die Läsion dieser Stelle führte Steigerung der Secretion herbei, das vermehrte Secret wirkte seinerseits auf das Centralnervensystem, und so entsteht ein circulus vitiosus. Die physiologische Thätigkeit der Schilddrüse bestehe in der Assimilation der Phosphate für das Centralnervensystem. Das vom Verf. gegen den Morbus Basedowii empfohlene Natrium phosphoricum wirke dadurch, dass es den in abnormer Menge secernierten Schilddrüsensaft neutralisiere. Es lägen bereits mehrfache Berichte über die günstige Wirkung der Natriumphosphatbehandlung vor.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

634. Sitzung am 20. Januar 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär: Herr Henking.

1. Herr Westphalen hält einen Vortrag: «Zur Casuistik der Leber-Colonadhäsionen». Der Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Discussion.

Herr Fick erläutert die Besonderheiten des von Westphalen referirten Falles vom chirurgischen Standpunkte und bespricht namentlich die Schwierigkeiten die er in operativer Beziehung bot.

Für den schlimmen Ausgang des Falles war entscheidend der Umstand, dass ein sehr tiefliegender Abschnitt des Ileums statt der gewünschten Jejunumschlinge zur Anlegung der Magendarmfistel verwandt wurde. Dieses Missgeschick steht nun, wie aus der Literatur zu ersehen ist, leider nicht vereinzelt da. Zwar sind derartige Missgriffe in der Wahl der an den Magen zu fixirenden Darmschlinge seltener geworden, seitdem man ziemlich allgemein die von Lauenstein gegebene Regel befolgt, nämlich die Uebergangsstelle zwischen Duodenum und Jejunum aufsucht und von da aus den Dünndarm um etwa 50—70 cm. hinab abtastet; immerhin sind solche Missgriffe verständlich, wenn man sich die Schwierigkeiten vorstellt, mit denen die Orientirung im Bauchraume unter Umständen verknüpft sein kann. Im vorliegenden Falle lag eine ganze Reihe complicirender und irreleitender Verhältnisse vor. Die starke Aufblähung des Colon transversum verhinderte eine genaue Abtastung der der hinteren Bauchwand naheliegenden Darmabschnitte; sodann bestanden mehrere, durch die Section aufgedeckten Anomalien bezüglich der Mesenterien. Die Plica duodeno-jejunalis war sehr wenig ausgebildet, was eine abnorm geringe Beweglichkeit des obersten Jejunumabschnittes zur Folge hatte; andererseits war das unterste Ende des Ileums und selbst das Colon excessiv beweglich dank dem Vorhandensein eines Mesenterium ileo-colicum commune. Hierdurch wurde die Uebersicht über die Lagerungsverhältnisse der einzelnen Darmabschnitte zu einander derart erschwert, dass auch die Wiedereröffnung der Bauchhöhle behufs Anlegung der Enteroanastomose keine Klärung bringen konnte.

Auf Herrn Kallmeyer's Anfrage, was als nächste Todesursache des berichteten Falles zu gelten hätte?

erklärt Herr Westphalen, dass letztere in dem auf Inanition beruhenden Collaps und Herzschwäche zu suchen ist. Referent führt des Näheren aus, dass die Section gar keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Peritonitis als Todesursache ergeben hat. Hiergegen sprach übrigens auch der Krankheitsverlauf; in den 8 zwischen erster Operation und dem Tode gelegenen Tagen war keine Spur von Fieber vorhanden. Auch das Erbrechen trug nicht den Charakter jenes Erbrechens an sich, wie man es so häufig nach unglücklich verlaufenden Operationen an der Bauchhöhle zu beobachten Gelegenheit hat. Die erbrochenen Massen bestanden aus sehr reichlicher, gallig-gefärbter, etwas dicklicher, flockiger Flüssigkeit ohne ausgeprägten fäculanten Geruch.

Es zeigte genau jenen Zustand, welcher allgemein «chronischer Gallenrückfluss» genannt wird und gerade mehrfach nach der Anlegung von Gastroenteroanastomosen beobachtet werden kann; ein ähnliches Erbrechen erscheint auch bei Stricturen des Duodenums, sobald sie unterhalb der Einmündungsstelle des Ductus choledochus sitzen.

Die ganze Form des Erbrechens war so abweichend von dem durch peritonitische Reizung hervorgerufenen Erbrechen, dass sie auf eine Torsion oder eine andere Circulationsbehinderung innerhalb der an den Magen fixirten Schlinge schliessen liess. Die Section bestätigte auch diese Diagnose, denn sie erwies ja, dass der Mageninhalt nicht in den abführenden, sondern in den zuführenden Schenkel sich entleerte; und selbst vor dem Tode des Patienten konnte die Richtigkeit dieser Diagnose dadurch festgestellt werden, dass bei der Reoperation sich thatsächlich eine Torsion des abführenden Schenkels vorfand, und eine hierbei hergestellte Anastomosenbildung zwischen den beiden Schenkeln der fixirten Schlinge das Erbrechen sistirte.

Herr Dobbert bemerkt, dass ein derartiges Erbrechen, wie es von Dr. Westphalen soeben geschildert worden ist, doch auch häufig genug auf Grundlage von Peritonitis und Sepsis vorzukommen pflegt; er hätte es kaum gewagt aus dem klinischen Bilde heraus eine Peritonitis auszuschliessen und eine Torsion zu diagnosticiren.

Herr Wanach weist auf die Schwierigkeiten hin, welche sich der Erklärung des Wegfalles der Schmerzen und Beschwerden nach Trennung flächenhafter Adhäsionen in der Bauchhöhle entgegenstellen. Man sollte doch glauben, dass mit der Lösung der Verwachsungen nicht viel gethan sei, da es gar nicht in unserer Macht liegt ein Wiederentstehen derselben zu verhüten. In den meisten Fällen dürfte daher die Aussicht auf einen dauernd günstigen Verlauf solcher Fälle eine recht vage sein.

Die Herren Moritz und Westphalen theilen diese Ansicht, machen jedoch darauf aufmerksam, dass die entsetzlichen Schmerzparoxysmen solcher Kranken doch zu dem Versuch eines chirurgischen Einschreitens drängen, und dass gerade seitens einiger Chirurgen (besonders Lauenstein) günstige Resultate mitgetheilt worden sind.

2. Herr Ucke: Demonstration des Keuchhustenbacillus (Czaplewski) im Anschluss an einen Fall dieser Krankheit:

Vor 10 Jahren wurde bereits von Afanassjew ein Stäbchen beschrieben, das den Keuchhusten verursachen sollte, doch fand diese Angabe keine Bestätigung und auch vielfache anderweitige Angaben fanden keine allgemeine Anerkennung. Erst im verflossenen Jahre wurde fast gleichzeitig von Czaplewski und Hensel in Königsberg und von Kuplik in New-York ein Stäbchen aufgefunden, welches durch die Massenhaftigkeit und Constanz seines Auftretens im Sputum Keuchhustenkranker die grösstmöglichste Wahrscheinlichkeit für sich hat, das ätiologische Agens der Tussis convulsiva zu sein.

Am 2. Januar a. c. wurde mir ein Sputum zur Untersuchung übersandt, welches bei der mikroskopischen Prüfung weder Tuberkelbacillen noch auch sonst irgend welche der gewöhnlichen Mikroben aufwies; dagegen fiel mir auf, dass dasselbe eine grosse Menge sehr feiner Bacillen enthielt, die besonders deutlich bei Färbung mit verdünntem Carbolfuchsin dargestellt werden konnten und in Schwärmen extracellulär, zuweilen auch in Zellen eingeschlossen lagen. Da mir die klinische Seite des Falls unbekannt war, so wagte ich auf Grund des gegebenen Befundes nicht eine Vermuthung über die Natur des Bacillus auszusprechen, sondern glaubte dieselbe nur auf culturellem Wege näher bestimmen zu können.

Der Freundlichkeit des Herrn Collegen Dr. L. Brunner verdanke ich es, dass mir die Möglichkeit geboten wurde, Culturen aus dem Sputum anzulegen und am 10. Januar hatte ich die unter dem Mikroskop gesehenen Bacillen in Reincultur. Dieselbe entsprach der Beschreibung, die Czaplewski und Hensel[1]) von ihrem Keuchhustenbacillen gegeben haben. Gleichzeitig erhielt ich aus demselben Sputum einen andern Bacillus in Reincultur, der sich von dem vorigen morphologisch nicht, aber färberisch durch den negativen Ausfall der Gram'schen Färbung unterschied und daher als Influenzabacillus angesehen werden konnte.

Meine Voraussetzung im gegebenen Fall eine Mischinfection von Keuchhusten und Grippe vor mir zu haben, wurde durch die Angaben über das klinische Bild, das ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Brunner verdanke, bestätigt.

Pat. A. R. 10 Jahre alt von schwächlichem Körperbau hustete 5—6 Tage, vor dem 23. December 1897, als ihn College Brunner zuerst sah. Vor vier Jahren Tussis convulsiva und Scarlatina vor einem Jahr. Status am 23. December: Schnupfen, Angina, Bronchitis. Nach etwa 8 Tagen trockene Pleuritis rechterseits und ein kleiner pneumonischer Herd. Mit Beginn der 3. Krankheitswoche nahm der Husten einen krampfhaften Charakter an und stellte sich ein mal, selten 2 oder 3 mal täglich ein. Die Anfälle von Husten erinnerten an Pertussis, waren aber nicht charakteristisch. Am 19. Januar war Pat. stark abgemagert, fühlt sich aber in der hustenfreien Zeit recht wohl. Rechterseits hat sich ein Pleuraexsudat bis zur 7. Rippe in der Axillarlinie entwickelt.

Was die Temperatur anbetrifft, so hält sie sich Morgens auf Werthen meist zwischen 36,1 und 37,7, Abends zwischen 36,9 und 38,0, dagegen ist täglich eine Temperatursteigerung von beträchtlicherer Höhe bis zu 39,9 um die Mittagszeit zu beobachten, was gewöhnlich mit dem Hustenparoxysmus zusammenfällt.

Für die Daten der klinischen Beobachtung möchte ich auch an dieser Stelle Herrn Collegen Brunner meinen besten Dank aussprechen.

[1]) Centralblatt f. Bakt. Bd. XXII 1897, № 22/23 und 24/25.

Vermischtes.

— In den Niederlanden hat sich ein Centralcomitée zur Gründung von Volkssanatorien für Schwindsüchtige gebildet. Den Vorsitz haben Prof. Halbertsma und Dr. Homvet. (Weekbblad 1897, II, 16).

— Am 3. Februar hielt die St. Petersburger (russische) medicinische Gesellschaft ihre Jahresversammlung ab, in welcher Dr. Wasten zum Präsidenten und Professor Schapiro zum Vicepräsidenten gewählt wurde. Zu Ehrenmitgliedern wurden Prof. Leyden, Prof. Guyon und Oberarzt Dr. Kernig gewählt.

— Im December vorigen Jahres feierte der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Amurgebietes, wirkl. Staatsrath Dr. Victor Minkewicz in Chabarowsk sein 35-jähriges Dienstjubiläum.

— Der dimit. Academiker und ehemalige Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Fürst Tarchan-Mourawow, ist als ausseretatmässiger älterer Medicinalbeamter beim Medicinal-Departement wieder in Dienst gestellt worden.

— Am 31. Januar d. J. vollendeten sich, wie dem «Wratsch» mitgetheilt wird, 44 Jahre der ärztlichen Thätigkeit nachstehender Aerzte, welche den Cursus an der medico-chirurgischen Academie i. J. 1854 absolvirt haben: Es sind das Dr. F. J. Piotrowski, ständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités; Dr. W. W. Lotin, Militär-Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks; Dr. J. P. Ssuworow, Militär-Medicinalinspector des turkestanschen Militärbezirks; Dr. J. Duncan, ehemaliger Medicinalinspector von St. Petersburg; Dr. Jakob Müller (St. Petersburg) und Dr. E. W. Lwow (Kischinew). Von diesen befinden sich die drei Ersten noch gegenwärtig im Militär-Medicinaldienst.

— In der vor Kurzem stattgehabten Jahresversammlung der hiesigen psychiatrischen Gesellschaft wurde der bisherige Vorstand: Prof. Mierzejewski (Präsident), Dr. Tscheremschanski (Vicepräsident), Dr. P. Rosenbach (Secretair) und Dr. Nishegorodzew (Schatzmeister) wiedergewählt.

— Der ausserordentliche Professor der Pharmacie und Pharmagnosie, Dr. W. Tichomirow in Moskau, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— In den ersten Tagen des Februars wurde — was sonst wohl nicht üblich ist — das 20-jährige Jubiläum von ca. 20 Aerztinnen, welche in St. Petersburg ihren Wohnsitz haben, im hiesigen russischen Damenclub mit den obligaten Reden und Ueberreichung von Adressen gefeiert.

— Für das neue Armitstead'sche Kinderhospital in Riga, welches in nächster Zeit eröffnet werden wird, sind wie die «Düna-Ztg» erfährt, die dortigen Aerzte Dr. Paul Klemm und Hans Schwartz, als Leiter der chirurgischen, resp. therapeutischen Abtheilung in Aussicht genommen.

— Dem Privatdocenten für Geschichte der Medicin an der Berliner Universität, Dr. Julius Pagel, welcher nach dem Tode des berühmten Professors August Hirsch der einzige Vertreter der genannten Disciplin in Berlin ist, hat den Professortitel erhalten.

— Verstorben: 1) In Kostroma der Senior der dortigen Aerzte Johann Persianzew im Alter von 78 Jahren an einer Lungenentzündung. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1844 in Moskau den Arztgrad erlangte, hat die meiste Zeit seiner ärztlichen Thätigkeit (47 Jahre) der Stadt Kostroma gewidmet, wo er Ordinator am Hospital des Collegiums der allgemeinen Fürsorge und Gymnasialarzt war. Der örtliche Medicinalinspector Dr. Newski widmet ihm im «Wratsch» einen warmen Nachruf, in welchem er seine öffentliche Thätigkeit als Arzt, Mensch und Stadtverordneter lobend hervorhebt. Zu seinem 50-jährigen Jubiläum wurde P. von der Gesellschaft Kostromascher Aerzte, deren thätiges Mitglied er viele Jahre hindurch war, zum Ehrenmitglied gewählt. 2) In Wilna der Arzt für Abcomandirungen VI. Classe bei der Wilnaer Medicinalverwaltung, Michael Gumm, welcher seit 1892 die ärztliche Praxis ausübte. 3) In St. Petersburg der frühere Landschaftsarzt in Chwalinsk (Gouv. Ssaratow), Wladimir Tscharykow. 4) Am 24. Januar in Tiflis der Ordinator und Docent am dortigen Hebammen-Institut Valerian v. Krusenstern im 46. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, welche er 1873 mit dem Arztgrad absolvirte. 5) In Braunschweig der frühere Director der braunschweigischen Irrenanstalt Königslutter im Alter von 67 Jahren. Unter seinen Publicationen sind besonders die über Moralstatistik und über Schulüberbürdung als Ursache von Geisteskrankheiten hervorzuheben 6) Am 25. Januar n. St. in Paris Dr. Pietro Santa im 77. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein naher Verwandter der Familie Bonaparte und kam dadurch an den Hof Napoleons III., wo er als dirigirender Arzt der grossen Gefängnisse fungirte. Das von ihm begründete «Journal d'hygiène» hat er bis zu seinem Lebensende redigirt.

— Laut einer Bekanntmachnung des Zolldepartements werden zur Einfuhr nach Russland folgende chemische Erzeugnisse und Präparate von jetzt ab zugelassen: 1) Natrium sozojodolicum und Zincum sozojodolicum, jedoch ohne Reclame-Hinweis auf ihre Heilwirkung; 2) das Tuberkulose-Heilserum von Prof. Maragliani und das Koch'sche Tuberkulin R. der Firma Schering, falls diese Mittel für ärztliche Gesellschaften, für Krons- oder Communal-Heilanstalten und für Apotheken verschrieben werden, jedoch unter der Bedingung, dass diese Präparate nur auf ärztliche Verordnung und in Originalverpackung mit Vermerk über den Zeitpunkt der Anfertigung des Mittels abgelassen werden.

— Die Gouvernements-Medicinalverwaltung von Livland veröffentlicht in der «Livländischen Gouvernements-Ztg». nachstehende vom Gehülfen des Ministers des Innern bestätigte Journalverfügung des Medicinalraths vom 4. November 1897: In Anbetracht des in den baltischen Provinzen constatirten Gebrauchs der Hoffmannstropfen (Liquor anodynus Hoffmanni) als berauschendes Getränk, welches sehr schädlich auf den Gesundheitszustand der Consumenten wirken kann, erachtet der Medicinalrath es für nothwendig, die Hoffmannstropfen in den Gouvernements Livland, Estland und Kurland dem Handverkauf zu entziehen und den Ablass der genannten Tropfen aus den Apotheken, gemäss dem bezüglich der Verabfolgung des Aethers erlassenen Circulärs des Medicinal-Departements vom 22. November 1891, nur auf ärztliche Verordnung zu gestatten.

— In der letzten Versammlung der St. Petersburger Gouvernements-Landschaft wurde das Projekt des Baues einer eigenen psychiatrischen Anstalt für das St. Petersburger Gouvernement angenommen. Nach dem von einem besondern Commission, zu welcher auch Irrenärzte hinzugezogen waren, ausgearbeiteten Plane ist die neue Heilanstalt auf 350 Betten berechnet. Zum Bau wurden 50,000 Rbl. sofort und je 25,000 Rbl. für die Jahre 1898 und 1899 zu demselben Zweck angewiesen. Zum Unterhalt der künftigen Anstalt wurden 30,000 Rbl. jährlich bewilligt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Febr. d. J. 8588 (51 mehr als in d. Vorw.), darunter 1053 Typhus — (90 mehr), 903 Syphilis — (31 wen.), 176 Scharlach — (3 wen.),

173 Diphtherie — (1 wen.), 44 Masern — (3 wen.), und 60 Pockenkranke — (4 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. Februar 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
432	320	752	157	64	112	26	14	25	70	75	42	65	53	38	10	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 4, Scharlach 21, Diphtherie 35, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 5, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 40.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Februar 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. März 1898.

Дозв. ценз. Спб. 13 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 8 St. Petersburg, (5. März) 21. Februar 1898

Zur gefl. Beachtung.

Die dieser Nummer beiliegenden Temperaturcurven gehören zu der in der Nummer vom 14. Februar veröffentlichten Arbeit von Dr. W. Kernig: „Bericht über die mit Tuberculin R im Obuchow-Frauenhospital behandelten Lungenkranken". Die Curven konnten aus, von der Redaction unabhängigen Gründen leider nicht rechtzeitig fertiggestellt werden, und werden jetzt nachgeliefert.

Kissingen für Herzkranke.

Von

Dr. med. J. Leusser.
Bad Kissingen.

Während man sich in früheren Jahren in der Behandlung der Herzkrankheiten darauf beschränkte, für das erkrankte und ermüdete Organ Schonung und Ruhe zu empfehlen und die augenblicklich drohenden Gefahren von Seiten des Herzens durch die souveräne Digitalis und andere Mittel, wie Strophantus, Convallaria und dergl. zu beseitigen, ging man im Laufe der letzten Decennien zu einer mehr activen Behandlung der Herzkrankheiten über und führte dadurch einen gänzlichen Umschwung in der Therapie auf diesem Gebiete herbei. Mit der Beschränkung auf die rein medicamentöse Behandlung der Störungen von Seiten der Herzthätigkeit konnte letztere nur eine symptomatische sein und es machte sich deshalb mehr und mehr das Bedürfniss nach einer mehr direct gegen das Herz selbst und die von ihm ausgehenden Circulationsstörungen gerichteten Therapie geltend, die die Möglichkeit gab, den physiologischen Zustand des Herzens auf Jahre hinaus wieder herzustellen.

Nachdem schon Stokes auf die mechanische Uebung und tonisirende Behandlung des Herzens hingewiesen, aber mit seinen Anschauungen noch nicht durchzudringen vermocht hatte, trat zu Anfang der siebziger Jahre Oertel mit seiner Methode hervor, die gleich der Stokes'schen aus einer mechanischen (Terrain —) und diätetischen, tonischen und regenerirenden (Ernährungs-) Cur mit der bekannten Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme durch den Kranken bestand. Leider ging aber Oertel in der Anwendung seiner Methode von falschen Voraussetzungen aus und verlor dadurch nach manchen Misserfolgen mehr und mehr seine Anhänger. Er nahm an, dass man in gleicher Weise, wie es möglich sei, irgend einen längere Zeit nicht geübten schlaffen Körpermuskel durch methodische, zweckmässige Uebungen wieder zu kräftigen und zu grösserer Leistungsfähigkeit zu bringen, so auch das kranke geschwächte Herz durch Mehrarbeit wieder zu Kraft und Hypertrophie bringen könne. Diese Deduction erweist sich aber, bei näherem Zuschauen, als falsch. Denn in dem ersten Falle handelt es sich um einen Muskel, der von Haus aus gesund, nur der nöthigen Uebung entbehrte, während das kranke Herz in den meisten Fällen bereits überarbeitet ist und bei weiterer noch energischerer Anspornung nach kurzer scheinbarer Mehrleistung, der er die wenige noch in ihm vorhandene Energie geopfert, sicher zusammenbricht. Soweit es sich noch um ein gesundes, nur durch Mangel an Uebung weniger leistungsfähiges Herz handelt, mag Oertel mit seiner Theorie Recht behalten, aber einen kranken Herzmuskel kann seine zu rigorose, einseitige Methode ebensowenig wieder leistungsfähig machen, als der Muskel eines Athleten, der aus inneren Ursachen anfängt, schwächer zu werden, durch energischere Anstrengung wieder stärker gemacht werden kann und der Muskel eines Rückenmarkskranken durch Zwang zu stärkerer Leistung wieder kräftiger wird, wie Rosenbach sehr trefflich in seinem Buche: Die Krankheiten des Herzens S. 954 sagt. Die vielen Misserfolge, die mit der Oertel'schen Cur erzielt wurden, beweisen eben wieder den alten Satz, dass «Eines nicht für Alle gut ist» und dass es ebenso einseitig und falsch wäre, Herzkranke

in jedem Falle zu höherer Leistung anzutreiben, um eine Besserung ihres Zustandes zu erzielen, als wenn man jedem Herzkranken nur Schonung und Ruhe verordnen wollte.

Da man früher, wie bereits oben angedeutet, von dem Herzkranken jede, auch die leichteste Erregung ängstlich fern zu halten bestrebt war, aus Furcht, ein für das Herz schädliche Blutdrucksteigerung hervorzurufen, so perhorrescirte man auch allgemein den Gebrauch der Bäder bei diesen Kranken, bis Beneke durch seine Publicationen im Jahre 1859 und 1872 darauf hinwies, welch' vorzügliche Wirkung die Anwendung der kohlensäurereichen Thermalsoolbäder sowohl bei idiopathischen und secundären Endocarditiden, als auch bei solchen Klappenfehlern, die schon lange dauerten und nicht mit Gelenkrheumatismus in Zusammenhange standen, erzielte. Die gestörte Compensation kehrte unter ihrem Gebrauche wieder zurück und hielt lange an. In der Folgezeit wurden in gleicher Weise von den Nauheimer Aerzten Th. und A. Schott und ihrem Collegen Grödel zahlreiche günstige Beobachtungen gemacht und heutzutage findet die Aufnahme der kohlensäurereichen Thermalsoolbäder in den Heilschatz der Herzkrankheiten im In- und Auslande allgemeine Anerkennung und theilweise enthusiastische Beurtheilung. So kamen diese Bäder wieder zur Geltung, deren vorzügliche Wirkung bei Herzkranken der längstverstorbene Kissinger Arzt Hofrath Dr. von Balling schon vor mehr als fünfzig Jahren hervorgehoben hat.

Zugleich mit der erneuten Anwendung der kohlensauren Thermalsoolbäder für Herzkranke wurde von Schott die manuelle Widerstandsgymnastik ausgebildet und gleich den ersteren als ein mächtiges Herztonicum erkannt, das in geeigneten Fällen und mit Vorsicht angewendet, glänzende Erfolge liefert.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass das natürliche kohlensaure Thermalsoolbad an sich durch künstliche derartige Bäder ersetzt werden kann, so wird doch aus naheliegenden, genugsam bekannten Gründen die balneogymnastische Behandlung der Herzkranken in geeigneten Curorten immer eine erfolgreichere bleiben.

Unter den Badeorten aber die sich vermöge ihrer an Kohlensäure reichen Thermalsoolquellen zur Behandlung der Herzkranken ganz besonders eignen, nimmt Kissingen eine bevorzugte Stelle ein. Aus zwei mächtigen Quellen — dem Soolesprudel oder runden Brunnen und dem Schönbornsprudel — tritt die Kissinger Thermalsoole zutage. Ersterer kommt aus einer Tiefe von über 94 m hervor und schüttet per Minute 3—600 Liter Soole und 2—6000 Liter Kohlensäure, während letzterer bis zu einer Tiefe von 584 m in das Innere der Erde hinabreicht und 500—750 Liter Soole mit 4—6000 Liter Kohlensäure in der Minute liefert. Ihre Temperatur beträgt etwa 20° C. Wenn auf das Bohrloch des Schönbornsprudels ein enges Rohr aufgesetzt wird, so erhebt sich derselbe — ein Riesenspringquell —. bis zu einer Höhe von über 20 m, um in Millionen Wasserperlen zerstäubend, wieder herabzufallen — ein entzückendes Schauspiel, das leider dem Auge nicht mehr dargeboten wird, weil man mit Recht befürchtet, dadurch der Quelle als solcher zu schaden.

Ueber 200 Baderäume, die sich auf die k. Badeanstalten auf der unteren Saline und im Curhaus und das Actienbad-Etablissement am Kurgarten vertheilen, werden von diesen reichen Soolquellen gespeist. Die Zufuhr der Soole des Schönbornsprudels, der in nächster Nähe des Dörfchen Hausen (3½ Kilometer von Kissingen entfernt) der Erde entquillt, zu den vorgenannten Badeanstalten geschieht durch in die Erde eingelegte gusseiserne Röhrenleitung. Entgegen oft geäusserten Anschauungen, als ob die Soole des Schönbornsprudels durch die lange Leitung an ihrem Kohlensäuregehalt bedeutende Verluste erleide, möchte ich hier nicht versäumen anzuführen, dass dies nicht der Wahrheit entspricht. Im Jahre 1876 wurden von Gorup-Besanez gelegentlich der analytischen Untersuchung der Soole des Schönbornsprudels auch in dieser Hinsicht Beobachtungen angestellt, die die obigen Anschauungen kräftig widerlegten. Man entnahm am 16 September 1876 je 3 Proben der Soole aus dem Schönbornsprudel selbst und aus einem Badecabinet des Actienbades, bis zu welchem die Soole einen Weg von 3,5 Kilometer in den Röhren zurückzulegen hatte und untersuchte diese auf ihren Kohlensäuregehalt. Dabei ergaben sich:

für die Soole im Sprudel selbst	2,978 grm.
» » » » Actienbad	2,976 »
also nur	0,002 grm.

pro mille Unterschied im Kohlensäuregehalt der Soole an ihrer Einfluss- und Auflussöffnung der Leitung. Die Differenz ist eine so minimale, dass sie wohl nicht ernst genommen werden darf.

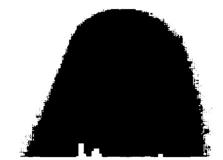
Ich habe nicht zu viel behauptet, wenn ich weiter oben aussprach, dass Kissingen in der Behandlung der Herzkrankheiten vermöge des enormen Kohlensäurereichthum's seiner Quellen eine bevorzugte Stelle einnimmt. Nach allgemein herrschender Anschauung ist es die Kohlensäure im Bade, die auf reflectorischem Wege vermittels der Hautnerven-Endigungen einen tonisirenden Einfluss auf das Herz ausübt. Wenn wir einen Blick auf die folgende Tabelle werfen, in welcher ich die kohlensäurehaltigen Kochsalzthermen, zu denen auch Kissingen zu rechnen ist, hinsichtlich ihres Kohlensäuregehaltes zusammengestellt habe, so finden wir unseren Badeort mit 1440,58 beziehungsweise 1600 Ccm. Kohlensäure pro mille an erster Stelle. Und selbst bei Erwärmung der Soole, die gewöhnlich 20° C. Temperatur aufweist, auf 30° beträgt ihr Kohlensäuregehalt noch 1520 Ccm., wie dies von Sanitätsrath Heckenlauer seinerzeit analytisch nachgewiesen wurde[1]).

Uebersicht über den Kohlensäuregehalt der Kochsalzthermen.

	Ort.	Quelle.	Temp. n. C.	Freie Kohlensäure in 1000 grm.	Kochsalzgehalt in 1000 grm.
1.	Kissingen.	Runder Brunnen	18,8°	1440,58 Ccm.	9,5 pro mille
		Schönbornsprudel [2])	19,2°	1600 »	11,7 » »
		erwärmt auf	30°	1520 »	
2.	Soden.	Quelle 7	20°	1069,8 »	14,4 » »
		Warmer Soolesprudel	30°	1525,6 »	14,5 » »
3.	Nauheim.	Quelle VII.	31,3°	889,29 »	21,8 » »
		Quelle XII.	33°	1166,4 »	28,8 » »
4.	Oeynhausen.	Quelle I.	33,57°	1033,0 »	33,4 » »
		Quelle II.	26,83°	714,05 »	28,7 » »
		Quelle III.	26,83°	614,02 »	28,3 » »
5.	Werne in Westph.		27°	494,9 »	75,0 » »
6.	Hamm.		34,15°	300,0 »	74,0 » »

[1]) Dr. Gätschenberger. Kissingen als Soolbad. Berlin. Klinische Wochensch. 1873 Nr. 35.

[2]) Analyse von Heckenlauer siehe Dr. Gätschenberger l. c.



An 2. Stelle tritt Soden mit 1069,8 beziehungsweise 1525,6 Ccm. Kohlensäure pro mille und erst in 3. Stelle rangirt Nauheim mit 889,29 resp. 1166,4 Ccm. Kohlensäure pro mille; alsdann folgt Oeynhausen, Rehme, Werne und Hamm. Was der Kissinger Soole gegenüber den anderen genannten Curorten an Kochsalz fehlt, kann leicht durch ihre vorzügliche Mutterlauge und durch gradirte Soole ergänzt werden, ohne dass dadurch in anderer Hinsicht eine Veränderung ihrer ursprünglichen chemischen Zusammensetzung verursacht würde. Da die Erwärmung der Soole für Badezwecke indirect d. h. durch in geschlossenen Röhren circulirenden Dampf geschieht, so ist der Verlust an Kohlensäure ein so geringer, dass wie oben erwähnt, nach Untersuchungen Heckenlauer's die Soole, die vorher einen Kohlensäuregehalt von 1600 Ccm. pro mille hatte, bei Erhöhung ihrer Temperatur auf 30° immer noch 1520 Ccm. p. m. Kohlensäure enthält. Einen gleich hohen Gehalt von Kohlensäure in einem Soolbad von 30° vermag neben Kissingen nur noch Soden mit seinem warmen Soolesprudel aufzuweisen.

«Nirgends findet sich, sagt der verstorbene Hofrath Dr. von Balling[3]), eine Soolequelle, welche kohlensaures Gas in solcher Menge mit einer Temperatur von 18 und 20° C. enthält, wodurch beide Quellen (Runder Brunnen und Schönbornsprudel) sich in die Reihe der gasreichsten Soolthermen stellen».

Das kohlensaure Soolbad.

In Folge des enormen Gehaltes der Kissinger Soole an Kohlensäure schäumt das Bad in der Wanne gleich dem Champagner, was ihm auch unter den Laien den scherzhaften Namen «Champagnerbad» eingetragen hat. Sobald die Soole den Badenden umspült, überdeckt sie die Haut desselben in so ausgiebiger Weise mit Millionen und aber Millionen von Gasbläschen, dass auch nicht eine einzige Stelle der unter Wasser befindlichen Körperoberfläche von ihnen unbedeckt bleibt. Durch diese Gasbläschen aber wird in ihrer Gesammtheit ein intensiver Reiz auf die peripheren Nervenendigungen der Haut ausgeübt, die denselben zum Centralorgan leiten, von wo er wieder weiter zum Herzen getragen wird. Der auf dieses Organ ausgeübte Reiz äussert sich in einer deutlichen Pulsverlangsamung, der Puls wird kräftiger und voller. Die Herzthätigkeit wird eine ausgiebigere und kraftvollere, Systole und Diastole werden verlängert, das arterielle System und somit auch die Coronararterien werden stärker gefüllt, die Muskelsubstanz des Herzens nimmt zu. Die Insufficienz des Herzmuskels und anderweitige Compensationstörungen werden aufgehoben. Die Diurese wird vermehrt. Zugleicher Zeit wird aber auch durch Einwirkung des peripheren Reizes auf das Centralorgan das Athmungscentrum erregt und antwortet mit einer Vertiefung der Athmenzüge, die ihrerseits wieder durch Anziehen des Blutes zum Centrum erleichternd auf die Herzthätigkeit wirkt und die Widerstände in der Blutbahn vermindert. Selbstverständlich darf man nicht allzu optimistisch glauben und verlangen, dass sich der überaus wohlthätige und heilende Einfluss der kohlensauren Soolbäder schon gleich nach den ersten Bädern bemerkbar macht und man muss auch ehrlich genug sein, zuzugeben, dass sich nicht alle Herzkrankheiten in gleicher Weise durch die Bäderbehandlung so günstig beeinflussen lassen, sicher aber ist dies in den meisten Fällen möglich. Selbst in Fällen, wo die Digitalis nicht mehr einen dauernden Erfolg erzielen konnte, hat man mit Hilfe der kohlensauren Bäder mit oder ohne Anwendung von Massage und vorsichtiger Herzgymnastik Monate und Jahre lang anhaltende Besserung herbeigeführt. Es liegen zahlreiche Beobachtungen vorurtheilsfreier Aerzte vor über die durch Percussion nachweisbare Verminderung vorher bestehender Dilatation des Herzens.

Die durch toxische Substanzen, wie Alkohol, Nicotin, langen Gebrauch der Digitalis, sowie durch psychische und physische Ueberanstrengung des Herzens verursachten Herzpalpitationen verschwinden unter dem Gebrauche der kohlensauren Soolbäder. Ja, selbst Geräusche, die auf relative Insufficienz zurückzuführen sind und selbst solche, die von einem eben überstandenen Gelenkrheumatismus herrühren, verschwinden allmählich. Beneke nahm an, dass die kohlensauren Bäder eine beruhigende Wirkung aufs Herz ausübten. Sie beruhigen aber nicht nur, sondern sie regen zugleich auch das Herz zu regelmässiger, ausgiebiger Thätigkeit an, indem unter ihrem Einflusse auch die Ernährung des Herzens eine bessere wird. Ein vielbeschäftigter College, der mit einem sogenannten Ermüdungsherzen zum Curgebrauch hierher kam, konnte nicht genug den belebenden Einfluss, den der Gebrauch der Bäder auf ihn ausgeübt, hervorheben. Er fühlte sich nach wenigen Bädern schon so leicht und frei und so leistungsfähig, wie er es lange nicht mehr war, und er glaubte nicht diesen Erfolg nur dem Ausspannen vom Berufe und der Ruhe, der er hier pflegen konnte, zuschreiben zu dürfen, sondern er führte ihn hauptsächlich auf die Bäder zurück, deren Genuss und Wirkung er geradezu wunderbar nannte. — Ferner beobachtete ich einen 60-jährigen Herrn, der nach Ueberstehen einer Influenza mit einem deutlich wahrnehmbaren systolischen Geräusch an der Herzspitze — ich nahm relative Insufficienz an — hierher kam und nach einigen Bädern dies Geräusch vollkommen verlor. — Eine Dame hatte nach längerem Gebrauch der Digitalis eine Pulsfrequenz von 120 und mehr Schlägen. Unter dem Gebrauche der kohlensäurehaltigen Soolbäder ging der Puls allmählich auf 80 Schläge zurück und blieb bei dieser Zahl.

Nach Schott's[4]) Vorgehen beginnt man bei Behandlung der Herzkranken in der Regel mit gaslosen Bädern, die man in der Weise bereitet, dass man Süsswasser mit gradirter Soole in dem Verhältniss mischt, dass eine 1½% Soole herauskommt. In Kissingen würde sich für diese Art von Bädern auch sehr gut der Gebrauch der gasarmen Pandurbäder mit Zusatz von entsprechenden Mengen von gradirter Soole eignen. Die Dauer des Bades das eine Temperatur von 27—28° R. je nach der Constitution des Patienten und seiner Anlage haben soll, beträgt 5—10 Minuten. In der ersten halben Minute soll sich der Badende vollkommen unbeweglich im Bade verhalten, bis der Körper sich an die ihn umgebende Temperatur gewöhnt hat. Im weiteren Verlauf der Cur wird man je nach Lage des Falles zu den gasreichen Bädern des Sool- und Schönbornsprudels übergehen, die in ihrem Salzgehalt allmählich noch durch Zusatz von Mutterlauge verstärkt werden können, und bei gehörig gekräftigten Patienten dürfen zuletzt auch noch die Wellenbäder in Anwendung kommen, die gleich den Nauheimer Stromsprudelbädern darin bestehen, dass nach Oeffnung eines Hahnes die kohlensäurereiche Soole während des Bades unter lebhafter Wellenbewegung ständig zu und durch geeignete Oeffnungen wieder abfliesst. Sie unterscheiden sich von letzteren nur dadurch, dass durch Zufliessen der Soole in der natürlichen Wärme von 20° C. in das auf etwa 33° C. erwärmte Soolbad eine allmählige Abkühlung des letzteren eintritt, wodurch wieder eine um so intensivere Reizwirkung auf die Haut des Badenden ausgeübt wird. Doch

---

[3]) Dr. von Balling. Die Heilquellen und Bäder zu Kissingen.

[4]) Dr. Moeller. Du traitement des maladies du coeur par la methode de Dr. Schott etc. Bruxelles. 1893. S. 16.

ist bei ihrem Gebrauch zur Vorsicht zu mahnen. Die Temperatur des Bades wird im Verlaufe der Cur allmählich mehr und mehr herabgedrückt und kann bis zu 21° R. erniedrigt werden. Gleichzeitig aber wird die Dauer des Bades progressiv erhöht, soll aber nie 20 Minuten im Maximum überschreiten. Nervöse Herzkranke fühlten sich nach meinen Beobachtungen besonders wohl, wenn sie bei niederen Temperaturen der Bäder angelangt waren. Zu dem Reize, den die Kohlensäure auf die Haut ausübt, kommt noch der thermische Reiz hinzu, der die Innervation des ganzen Organismus äusserst wohlthätig beeinflusst und den Kranken nach dem Bade in einen sehr behaglichen, zu grösserer Leistungsfähigkeit geneigten Zustand versetzt. Zu Anfang der Cur lässt man nach 2—3 Bädern eine Pause eintreten, die man im weiteren Verlaufe je nach dem Kräftezustand und der Sensibilität des Individuums immer weiter hinausschiebt, und schliesslich lässt man 5—6 Bäder nehmen, ehe wieder einen Tag pausirt wird.

Inwieweit es möglich ist, endocarditische Auflagerungen auf den Klappen durch den Bädergebrauch zum Verschwinden zu bringen, wage ich vorläufig nicht zu entscheiden. Beneke behauptet, dass dies möglich sei. Auch Bode[5]) nimmt es an und äussert sich hierüber folgender Massen: «Das Bad hat resorbirende Kraft. Es hindert nichts, die Verdickung und consecutive Verkürzung einer Herzklappe, welche allmählich zur wirklichen Insufficienz führt, als ein in die Herzklappe gesetztes oder aufgelagertes Exsudat zu betrachten; wenn aber, wie erfahrungsgemäss feststeht, parametritische, pleuritische und andere Exsudate unter dem Einflusse unserer Thermalbäder oft binnen weniger Wochen resorbirt werden, warum sollte nicht ein kleines, den scharfen Rand einer Herzklappe aufwulstendes Exsudat ebenso schnell zur Resorption kommen?» In der That wird man zu dieser Annahme gezwungen, wenn man bedenkt, dass doch der Reiz, der vermittels des Centralorgans von den Hautnerven aus in dem kohlensauren Soolbad zum Herzen getragen wird, in der Ernährung dieses letzteren eine Umstimmung hervorruft, die sich in einer Veränderung und zwar einer Verbesserung der Circulationsverhältnisse des Blutes und damit auch der Lymphbewegung äussert, wodurch zur Resorption aufgelagerter Massen Veranlassung gegeben wird.

Auch Balling hebt schon in seinem Buche die hervorragende Wirkung der kohlensäurereichen Soolbäder vermittels der Hautnerven auf die Blut- und Lymphgefässe hervor und S. 107 sagt er: «Die hiesigen Quellen wirken je nach der Art und Weise ihrer Anwendung auf die Schleimhäute, sowie auf die äussere Haut reizend, Gefässe und Nerven anregend, bethätigend, die Secretion steigernd und so die kranken Stoffe und Auflagerungen entfernend, die anormale Nerven- und Gefässthätigkeit ausgleichend». Wenn auch Rosenbach[6]) den Haupterfolg bei Behandlung der Herzkranken in Bädern den besonderen Umständen, unter denen der Kranke an Curorten lebt, der Entfernung von den Berufsgeschäften und anderen — hygienisch-diätetischen — Verhältnissen zuschreibt, so kann er doch nicht leugnen, dass die stark kohlensäurehaltigen Bäder wegen des Reizes, den die sprudelnden Gasblasen ausüben, als starke sensible Reize zu betrachten sind, die je nach der Empfänglichkeit des Patienten für diese Reize, theils auch wegen der Veränderung der Athmungsluft erfrischend, erregend oder beängstigend wirken. «Die starken sensiblen Erregungen, fährt er fort, sind ja zweifellos das Zeichen einer nicht unbeträchtlichen Quote von Wellen lebendiger Kraft und von der Haut aus wird auf dem Wege der sensiblen Nerven natürlich das Herz und die Athmung im Sinne stärkerer Leistung beeinflusst . . . .» Und weiter unten: «Jedenfalls können wir auf Grund der Erfahrung und Theorie nicht in Abrede stellen, dass sich unter geeigneten Umständen durch reflectorische Anregung der Athmung und der Herzthätigkeit von den Hautnerven aus eine richtigere Ausnützung der Spannkräfte und somit auch eine bessere Leistung der Triebkräfte ebenso anbahnen lässt, wie man durch zweckmässige Regulirung der Luftzufuhr die Ausnützung der Materialien verbessern und den Nutzen des Betriebs steigern kann».

Einen hervorragenden Vortheil hat Kissingen in der Behandlung der Herzkrankheiten noch dadurch, dass es an diesem Curorte möglich ist zugleich mit der Badecur in geeigneten Fällen — ich denke hier an die Behandlung des Mastfettherzens (Kisch's) — eine Trinkcur an der Quelle des altbewährten Rakoczy und Pandur zu verbinden.

Die Behandlung der Herzkrankheiten in Bädern wird aber einen um so grösseren Erfolg aufzuweisen haben, wenn sie neben der balneologischen im engeren Sinne zugleich auch eine gymnastisch-diätetische ist.

Die Massage und Gymnastik.

Vermittels dieser mechanischen Manipulationen erstreben wir zweierlei zu erreichen:

1. Die Widerstände in der Peripherie des Blutkreislaufes zu überwinden, d. h. bessere Zu- und Abflussbedingungen des Blutes zu schaffen.

2. Durch directe Einwirkung auf das Herz und seinen Muskel, diesen zu kräftigeren Contractionen zu bringen und ihn zugleich zu stärken.

Ersteres erreichen wir durch eine mehr passive Gymnastik, passive Muskelbewegungen und Massage; letzteres durch eine mehr active — die Widerstands-Gymnastik.

Die Heilgymnastik, die in Schweden schon zu Anfang dieses Jahrhunderts zur Behandlung von Herzkranken besonders durch den Empiriker, Fechtmeister Per Hendrik Lingg[7]) geübt wurde und in der neueren Zeit durch Dr. Gustav Zander weitere wissenschaftliche Ausbildung erfuhr, ist entweder eine manuelle (Methode Schott's) oder eine maschinelle (medicomechanisches Zander-Institut).

Schott[8]) wendet etwa 19 verschiedene gymnastische Bewegungen an, die sich in einer Sitzung successive auf alle Muskeln des Körpers ausdehnen, mit einer gewissen Energie ausgeführt werden. eine gewisse Regelmässigkeit besitzen und von bestimmter Zeitdauer sind. Zwischen den einzelnen Bewegungsarten finden Ruhepausen zur Erholung des Herzens statt. Während dieser Bewegungen übt aber zugleich ein Heilgehilfe auf die in Uebung befindlichen Muskeln und Muskelgruppen einen je nach Lage des Falles und Leistungsfähigkeit des Patienten verminderten oder verstärkten Widerstand unter gleichmässigem, langsamem Drucke aus. Die Bewegungen, während welcher die Athmung und Herzthätigkeit genau beobachtet werden müssen, setzen sich zusammen aus Flexion, Extension, Adduction, Abduction, Rotation Torsion, Supination und Pronation je nach Art der Gelenkverbindungen und erstreckt sich von den Armen beginnend auf den Rumpf und die Beine. bis alle Muskeln des Scelettes an der Uebung betheiligt waren.

Der von dem Heilgehülfen ausgeübte Widerstand darf nicht so gross sein, dass ihn der Patient nicht überwin-

[5]) Bad Nauheim. Seine Curmittel, Indicationen und Erfolge. 1889. S. 14.

[6]) Rosenbach. l. c. S. 990.

[7]) Dolega. Ueber die Anwendung der Massage etc. München. med. Wochensch. 1898. S. 50.

[8]) Rich. Greene. The Schott's treatement for chronic heart diseases. London. 1894. S. 10.



den könnte. Auch darf letzterer während der Uebungen nicht schwerathmig werden, oder gar ausser Athem kommen. Die Athmung soll dauernd gleichmässig und ruhig bleiben; der Patient muss mit Leichtigkeit sprechen können. Macht sich eine nur geringe Schwerathmigkeit geltend, so hat sofort eine Pause einzutreten. Während der Ruhepause soll aber das Glied ruhig bleiben und von dem Gehilfen eventuell unterstützt werden. Mit zunehmender Kräftigung des Herzens kann der Widerstand, den der Gehilfe auf den sich bewegenden Körpertheil ausübt, verstärkt werden; die Pausen lassen sich abkürzen. Es kommt natürlich ganz auf den einzelnen Fall an, mit welcher Quote von Widerstand begonnen werden kann, wann derselbe wachsen darf, ob grössere oder geringere Erholungspausen einzutreten haben, ob der Patient die Uebungen, die mit Intervallen von 30—34 Secunden Ruhepausen zwischen den einzelnen ebenso lange Zeit in Anspruch nehmenden Bewegungen, eine halbe Stunde dauern sollen, auf einmal vollständig zu Ende führen darf oder ob die eine Hälfte auf den Nachmittag zu vertheilen ist. Dieselbe Bewegung wird nie zweimal ausgeführt. In den Erholungspausen sitzt oder steht der Patient. Es ist am besten die Uebungen 2 Stunden nach dem Bade ausführen zu lassen.

Ich stimme aber Hasebrock*) vollkommen bei, wenn er die Erzielung eines Erfolges davon abhängig macht, dass die manuelle (Widerstandsgymnastik) nur von dem physiologisch und pathologisch ausgebildeten Arzte ausgeführt und nicht Krankenwärtern und Heilgehülfen überlassen werden darf. Denn es kommt sehr darauf an, dass der zu leistende Widerstand genau dosirt wird und im richtigen Verhältniss zu der im Herzen noch vorhandenen Reservekraft steht. Dazu aber ist genaue Kenntniss des Zustandes des Patienten nothwendig. Der Laie kann hier, angeregt durch die Uebungsfreudigkeit des auf Heilung hoffenden Patienten, sehr leicht zu weit gehen und schadet mehr als er nützt. Kann daher der Arzt selbst aus Mangel an Zeit oder aus anderen Gründen nicht selbst die Uebungen ausführen und es steht ihm ein gut eingerichtetes, ärztlich geleitetes Zander-Institut zur Verfügung, so soll er unter Angabe der Leistungsfähigkeit seines Patienten und der gewünschten mit diesem vorzunehmenden Uebungen letztere im Institute zur Ausführung bringen lassen, in welchem die Widerstandsbewegungen genau nach der Grösse der Leistungsfähigkeit des Herzens dosirt werden können. Es ist selbstverständlich Voraussetzung, dass das Institut geräumig und gut ventilirt sein muss, damit der Kranke auch wirklich eine sauerstoffreiche Luft während der Uebungen zur Einathmung bekommt, die zur Oxydation seines Blutes und der Befreiung desselben von seinem CO_2-Gehalt ihm ebenso nöthig ist, als die gymnastischen Uebungen. Erfreulicherweise kommen die medico-mechanischen Institute mehr und mehr zur Geltung und es existirt in Deutschland bald keine bedeutendere Grossstadt und kein hervorragendes Bad mehr, das nicht mit dieser neuen Errungenschaft der Medicin ausgerüstet wäre. Auch Kissingen besitzt seit dem vorigen Jahre ein vollkommen eingerichtetes, ärztlich geleitetes derartiges Institut. In demselben kommen für Herzkranke vorzugsweise folgende Manipulationen und Uebungen zur Anwendung:

1. Athmungsgymnastik.
2. Massage.
3. Passive Bewegungen.
4. Active Bewegungen ohne besonderen Widerstand.
5. Active Bewegungen mit stärkerem Widerstand.
6. Herzhackungen und Vibrationen.

Es bedarf wohl keiner besonderen Erklärung, dass es Sache des behandelnden Arztes ist, zu bestimmen, welche Arten von Bewegungen und Manipulationen zur Ausführung kommen sollen. Es kommt immer auf den Grad der Leistungsfähigkeit des Herzens an, welche von obigen Uebungen gewählt werden darf. Am wenigsten eingreifend und passend für ein schwaches Herz ist die Ausführung passiver Bewegungen der Glieder, durch welche Saug- und Druckkräfte ausgeübt werden, die den Abfluss des Blutes aus der Peripherie zum Körper begünstigen. Ebenso besteht auch der Effect der Athmungsgymnastik, die in einer langsamen, tiefen Inspiration ihren Ausdruck findet, in einer Ansaugung des Blutes aus der Peripherie nach dem Centrum und zwar aus dem grossen Kreislauf nach dem rechten Vorhof und aus dem kleinen (Lungen-) Kreislauf nach dem linken Vorhof. Zugleich findet aber auch durch die tiefe Inspiration ein lebhafterer Gasaustausch zu Gunsten des Sauerstoffes im Blute statt. Es ist bereits weiter oben darauf hingewiesen, dass neben diesen selbstständigen Athmungsübungen auch bei allen anderen gymnastischen Bewegungen ein Hauptaugenmerk darauf gerichtet sein muss, das während derselben eine ausgiebige, jedoch zwanglose Athmungsthätigkeit stattzufinden hat. Die Ausführung der Athmungsgymnastik kann auch vermittels Einathmung von comprimirter und Ausathmung in verdünnte Luft am Meyer-Geigel'schen Apparat geschehen.

Auch die Massage übt ihren Effect in der Peripherie auf die Circulation und damit indirect aufs Herz aus. Sie wirkt mit ihren verschiedenen Methoden, wie Streichen, Klopfen, Walken, Erschüttern nicht nur belebend und anregend auf die Gewebsthätigkeit und befördert den Stoffwechsel, sondern sie leistet durch Beförderung der Circulation von der Peripherie nach dem Centrum Arbeit für den Herzmuskel. Bedingung ist aber für eine heilsame Wirksamkeit der Massage, dass der Herzmuskel noch so kräftig ist, dass er das von der Peripherie in grösserer Menge zuströmende Blut auch noch in den grossen Gefässen weiter befördern kann.

Die activen Bewegungen ohne besonderen Widerstand und Belastung des übenden Muskels beleben in gleich günstiger Weise die Circulation in der Peripherie. Sie üben durch ihre Contractionen mit nachfolgender Entspannung der Muskeln eine Saugbewegung auf das Blut aus, und zwar sowohl auf das der Venen, als auch auf das der Arterien. Durch die passiven Bewegungen, durch die Massage und durch die activen Bewegungen ohne besonderen Widerstand nimmt aber die Stromgeschwindigkeit des Blutes in der Peripherie zu, ohne dass dadurch das Herz mehr in Anspruch genommen würde.

Anders verhält es sich bei activen Bewegungen mit Widerstand, bei der specifischen Widerstandsgymnastik. Während bei den vorgenannten Manipulationen nur eine Einwirkung auf den peripheren (grossen und kleinen) Blutlauf statthat, zieht die Widerstandsgymnastik das Herz direct in Mitleidenschaft. Durch dieselbe empfängt das Herz kräftige Anregung, es wird zu stärkeren Contractionen, zu ausgiebigerer Arbeit veranlasst. Es muss aber immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Widerstandsgymnastik nur dann segensreich wirken kann, wenn das Herz noch über einen gewissen Grad von Reservekraft verfügt. Ebenso muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Herz, das zu höherer Leistung, zu kräftigeren Contractionen angetrieben wird, auch wieder durch Einschaltung entsprechender Ruhepausen Zeit gewinnt, sich zu erholen. Das Herz wird um so leichter im Stande sein, auf die Blutmasse seine fortbewegende Kraft auszuüben, wenn es möglich geringe Widerstände in der Peripherie zu überwinden hat; da-

*) Hasebrock. Ueber Krankheiten des Herzens. Leipzig. 1896. S. 60.

rum sollte man erst dann mit der Widerstandsgymnastik beginnen, wenn durch passive Bewegungen, Massage, tiefe Athmung der Rückfluss des Blutes zum Herzen geregelt oder doch erleichtert und damit die Geschwindigkeit seiner Fortbewegung in der Peripherie erhöht ist[10]).

(Schluss folgt)

Referate.

W. Kattwinkel: Ueber Störungen des Würgreflexes. der Sprache und der Deglutition bei Hemiplegien Deutsches Archiv für klinische Medicin. 59. Bd. p. 317.

K. hat an je 50 rechts- und linksseitigen Hemiplegikern eine genaue Analyse der Symptome vorgenommen und kommt zum überraschenden Resultat, dass Sprachstörungen keineswegs so ausschliesslich vom Erkranken der linken Hemisphäre abhängen, wie bisher angenommen. Sprachstörungen bis zu völliger Anarthrie fanden sich bei isolirten Blutungen in der rechten Hemisphäre in grosser Zahl, auch wo es sich nicht um Linkshänder handelte, aber — und das ist besonders bemerkenswerth — nur immer eine Form der Störung, nämlich Störung der Articulation. Alles Uebrige an der Sprache war erhalten: Verständniss des von Andern Gesprochenen und des Gelesenen, das Schreiben und das Gedächtniss für die Wortklangbilder. Auch die motorischen Wortbilder sind nicht verloren gegangen, der Kranke sucht nicht nach Worten, wenn er etwas gefragt wird, er weiss sofort mit welchen Worten er zu antworten hat, aber man versteht nicht was er spricht — die wichtige Coordination der Muskelcontractionen in den Sprachorganen ist verloren oder wenigstens mehr oder weniger geschwächt. Auch das was er laut liest, ist nicht zu verstehen.

K. formulirt zum Schluss seine Resultate: Wir hoffen wahrscheinlich gemacht zu haben, I. dass im Broka'schen Lappen (links) das Centrum vorwiegend für die Wortbilder ist, während seine Function bezüglich der Articulation in den Hintergrund tritt.

II. Dass in der rechten dritten Frontalwindung das Centrum für die Coordination bezw. Articulation der Sprache zu suchen ist.

III. Dass beide Centren (linke und rechte dritte Frontalwindung) verbunden sind durch eine Associationsbahn, die ihren Weg beiderseits durch die Corpora striata nimmt.

IV. Dass das Reflexcentrum für die Rachengebilde und den Kehlkopf im Corpus striatum vorwiegend der rechten Hemisphäre zu suchen ist.

V. Dass in derselben Gegend auch das Centrum für die Deglutition liegt.

Masing.

Prof. Dr. O. Vierordt: Zur Klinik der Diphtherie und der diphtheroiden Anginen. Berl. klin. Wochenschr. 1897 Nr. 8.

Verf. hat an der Heidelberger Poliklinik über 3000 Fälle von Anginen mit Belägen auf den Mandeln beobachtet, die alle bacteriologisch controlirt wurden, und kommt zu folgenden Schlüssen: Nur die bacteriologische Untersuchung kann entscheiden, ob es sich um Diphtherie handelt oder um harmlose lacunäre (folliculäre) Angina. Weder eine genaue Inspection der erkrankten Rachentheile noch das Verhalten der Drüsen, des Urins, des Fiebers etc. kann zu einer gesicherten Diagnose verhelfen und wenn es sich auch um den erfahrensten Beobachter handelte. Vierordt sah so und so oft Fälle, die vollkommen das Bild einfacher lacunärer Angina boten (auf jeder Mandel vereinzelte, von einander isolirte, gelblich weisse Pfröpfe, die sich zuweilen leicht ausdrücken liessen), und wo die Untersuchung Löffler'sche Bacillen sogar wie in Reincultur zeigte. V. theilt 2 Krankengeschichten mit, wo solche bacilläre Anginen den lacunären Character bis zur Genesung (Heilserum) behielten, es kam gar nicht zum Confluiren der Flecke, obgleich das Heilserum erst am 4. Tage angewandt war.

Andererseits kamen Fälle zur Beobachtung, die alle Merkmale echter Diphtherie zu bieten schienen, wo aber die bacteriol. Untersuchung entweder Streptococcen oder Staphylococcen oder eine nicht näher zu erkennende Diplococcusart zeigte. Solche wurden natürlich nicht mit Heilserum behandelt, und nun traten im Verlaufe Kehlkopfkroup, Erkrankung der Nase, Besserung etc. ein. In den Fällen, wo Erwachsene wie Kinder, an häufig recidivirenden Anginen mit Belägen litten (alle Jahre eine solche), erwies es sich, dass das keine echten Diphtherien waren.

Referenten scheinen diese Erfahrungen sehr bemerkenswerth. Die neueste Zeit hat in der Diphtheritisfrage zwei bedeutende Entdeckungen zu Tage gefördert: die Sicherung der Diagnose durch die bacteriol. Untersuchung, und die Sicherung der Heilung durch das Serum. Nun sollte erstere wirklich, wo möglich, in jedem Falle angewandt werden, um das Serum in den richtigen Fällen zu rechter Zeit anzuwenden. Und wo die bacteriol. Untersuchung unmöglich ist (auf dem Lande) sollte in jedem Falle von Angina mit Belägen alle Vorsicht angewandt werden: Isolirung, genügende Localbehandlung und auch Serum, wenn der Verlauf nicht rasch zum Günstigen sich wendet. Mit Recht sagt Vierordt: es wird ja nicht schaden, wenn ein Weniges zu viel Diphtheritis diagnosticirt wird, während der umgekehrte Fehler sehr bedenklich ist.

Masing.

[10]) Hasebrock. Gymnastische Widerstandsbewegung in der Therapie der Herzkrankheiten. S. 19.

Vermischtes.

— Der Gehülfe des Inspectors des Medicinalwesens des Ministeriums des Kaiserlichen Hofes und berathendes Mitglied des militär-medicinischen Gelehrten Comité's, Geheimrath Dr. Nikolai Wiltschkowski, ist zum Ehren-Leibchirurg des Hofes Sr. Kaiserlichen Majestät ernannt worden.

— Unser Landsmann, der Oberarzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Lauenburg in Pommern, Dr. August Mercklin, ist, wie dem «Rig. Tagesblatt» aus Berlin mitgetheilt wird, von dem Provinzial-Ausschuss der Provinz Pommern zum Director der neu zu errichtenden Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow an der Riga in Aussicht genommen. — Dr. Mercklin, ein geborener Livländer, hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1873—78 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde ebendaselbst fungirte er ein Jahr als Volontärarzt an der Irrenanstalt Rothenberg in Riga, setzte hierauf seine Studien in Berlin fort und war sodann succesive Assistent an der Privat Irrenanstalt Kreuzlingen bei Constanz, 1880 Volontärarzt und 1881—89 zweiter Arzt wieder an der Irrenanstalt Rothenberg, bis er nach Deutschland übersiedelte.

— Am 10. Februar beging in Moskau der Divisionsarzt der I. Cavallerie-Division, wirkl. Staatsrath Dr. Joseph Wiljamowski, sein 35 jähriges Dienstjubiläum.

— Ernannt: Der ausserordentliche Professor der medicinischen Chemie an der Kasaner Universität, Collegienrath Dr. Panormow — zum ordentlichen Professor und der ausserordentliche Professor der Pharmacie an der Universität Jurjew (Dorpat), Mag. chem. Kondakow — zum stellvertretenden ordentlichen Professor.

— Verstorben: 1) Am 12. Februar in Libau der praktische Arzt Dr. Johann Scherl nach fünfwöchentlicher Krankheit im noch nicht vollendeten 36. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Libau geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1882—88 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades fungirte er 2½ Jahre alstAssistent an der Dorpater Augenklinik, besuchte darauf behufs weiterer Vervollkommnung in seinem Specialfach die Universitäten Berlin, Wien und Paris und liess sich dann in seiner Vaterstadt als Augenarzt nieder, wo er bald eine grosse Clientel sich erwarb. Die «Libauer Zeitung» widmet dem allzufrüh Verstorbenen einen warmen Nachruf. «Als Mensch allezeit treu und pünktlich in seinem Berufe», rühmt sie ihm nach, «verband Scherl mit erfahrenem Können und Wissen feine Herzensbildung. Ein collegial gesinnter College, der die Würde und die Ehre seines Standes hoch hielt, war er auch ein Arzt, der dem Armen wie dem Reichen gleich theilnahmevoll und gewissenhaft mit seiner Kunst zu Hülfe kam». — 2) In Odessa am 10. Februar der dort in weiteren Kreisen bekannte Kinderarzt Dr. Matkowski, welcher seit 1874 die ärztliche Praxis ausübte. Vor drei Jahren wurde sein Geist umnachtet und er musste in der städtischen Irrenanstalt untergebracht werden, woselbst er auch gestorben ist. 3) In St. Petersburg im Asyl für Geisteskranke Kaiser Alexander III. Dr. Julian Jablonski im Alter von 30 Jahren. Nach Absolvirung der militär-medicinischen Academie i. J. 1891 wurde J. zur weiteren Ausbildung bei der Academie belassen und hatte bereits Aussicht auf Erlangung einer Professur, als sich deutliche Symptome von Irrsinn bemerkbar machten, die seine Unterbringung in einer Anstalt für Geisteskranke nothwendig machten. 4) Im Amurgebiet der ältere Arzt der I. ostsibirischen

Artillerie-Brigade Dr. Peter Grzibowski. 5) In Leipzig der ausserordentliche Professor für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten Dr. Wilh. Moldenhauer, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Gehörorgans, im 53. Lebensjahre. 6) In Berlin der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Gottfried Lenhartz, welcher gemeinschaftlich mit dem Generalarzt Dr. v. Lenthold die «Militärärztliche Zeitung» redegirte.

— Prof. Grunmach, Leiter des berliner königl. Instituts für Röntgenphotographie, dessen vortreffliche Röntgenbilder auf dem internat. med. Congross in Moskau Aufsehen erregten, ist, wie die «Allg. med. Central-Ztg.» berichtet, von der therapeutischen Gesellschaft in Moskau zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— Mit der vorläufigen Vertretung des verstorbenen Professors der Pharmakologie v. Schroeder in Heidelberg ist sein bisheriger Assistent am Institut, Prof. extraord. Dr. Gottlieb, betraut worden. (A. m. Centr-Ztg.).

— Der letzte Termin für Einreichung von Dissertationen behufs Erlangung der Doctor- und Magister-Würde bei der militär-medicinischen Academie ist auf den 1. März festgesetzt. Mit der Dissertation ist gleichzeitig das Attestat über bestandenes Examen der Conferenz der Academie vorzustellen.

— Die hiesige militär-medicinische Academie begeht bekanntlich am 18. December d. J. das 100-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Zu diesem Tage wird seitens der Academie eine umfangreiche Geschichte der Anstalt vorbereitet, deren Bearbeitung einer Commission unter dem Präsidium des ehemaligen Professors der Academie Dr. Iwanowski übertragen ist. Die Arbeit wird von sechs Personen besorgt, deren jede eine Periode der Geschichte der Academie bearbeitet und zwar: Die Periode von 1798 bis 1823 — der Professor für Geschichte der Medicin Dr. Skoritschenko; die Periode von 1824 bis 1838 — der Professor der gerichtlichen Medicin Kossorotow; die Periode 1839 bis 1856 — der Privatdocent für Hautkrankheiten und Syphilis Dr. A. Wedenski; die Periode von 1857 bis 1867 — Dr. Bjelogorski; die Periode 1868 bis 1880 — wiederum Prof. Kossorotow und die neueste Periode 1881 bis 1898 — der Privatdocent für innere Medicin Dr. Kulbin. Ausserdem soll eine Geschichte der einzelnen Lehrstühle von den Professoren, welche sie gegenwärtig inne haben, verfasst werden. Während ihres Bestehens ist die Academie verschiedenen Ministerien unterstellt gewesen, und zwar bis zum Jahre 1810 dem Ministerium des Innern, von 1810—1822 dem Ministerium der Volksaufklärung, von 1822—1838 wieder dem Ministerium des Innern und seit 1838 dem Kriegsministerium.

— Der 27. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 1./13. bis 4./16. April in Berlin statt. Die Begrüssung der Congressmitglieder geschieht am Abend vor dem Congress (Dienstag um 8 Uhr im Hôtel de Rome) die Eröffnung des Congresses findet am Mittwoch 1./13. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeck-Hause statt. Wenn ausreichende Anmeldungen einlaufen, wird eine Ausstellung von Röntgen-Photographien stattfinden. Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen sind dem ständigen I. Schriftführer, Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Gurlt (Berlin W., Keithstrasse № 6) einzusenden.

— Vacanz für Aerzte: 1) Arztstelle am Gouv.-Landschaftshospital in Ssaratow für einen Syphilidologen, Gehalt 1100 Rbl. Adresse: Саратовская Губернская Управа. 2) Arztstelle am Landschaftshospital in Kowrow (Gouv. Wladimir), Gehalt 1500 Rbl. Aresse: Ковровская Уѣздная Управа.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Febr. d. J. 8434 (154 wen. als in d. Vorw.), darunter 1042 Typhus — (11 wen.), 896 Syphilis — (27 wen.), 166 Scharlach — (10 wen.) 192 Diphtherie — (19 mehr), 40 Masern — (4 wen.), und 44, Pockenkranke — (16 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. Februar 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
378	331	709	133	53	112	16	17	26	87	61	68	37	52	33	12	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 3, Typh. abd. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 20, Diphtherie 18, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 5, Grippe 9, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 2, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 15.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 3. März 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. März 1898.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.
Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—11. Anstaltsleiter Dr. Th. Heller.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt 1/2 Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(95) 26—14.

Neuere medicinische Erscheinungen
aus dem
Verlag von Julius Springer in Berlin N.

Neue Auflagen:

Lehrbuch der Geburtshülfe. Von Prof. Dr. **M. Runge.** Vierte Aufl. Mit zahlr. Abbildungen. Geb. M. 10,—.

Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik d. natürlichen und künstlichen Schlafes. Von Dr. **C. L. Schleich.** Dritte Aufl. Mit 32 Abbildungen. M. 6,—; geb. M. 7,20.

Klinische Abbildungen. Sammlung von Darstellungen der Veränderungen der äusseren Körperform bei inneren Krankheiten. In Verbindung mit Dr. W. Schüffner herausg. von Prof. Dr. **H. Curschmann.** 57 Tafeln in Heliogravüre mit erläut. Text. In Halbfranzbd. od. eleg. Mappe M. 36,—.

Hygienisches Taschenbuch für Medicinal- und Verwaltungsbeamte, Aerzte, Techniker u. Schulmänner. Von Prof. Dr. **E. v. Esmarch.** Geb. M. 4,—.

Die Untersuchung des Pulses und ihre Ergebnisse in gesunden und kranken Zuständen. Von Prof. Dr. **M. v. Frey.** Mit zahlr. Abbildungen. Geb. M. 7,—.

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Leitfaden bei der klinischen Untersuchung und Diagnose. Für Studirende und Aerzte bearb. von Prof. Dr. **H. Lenhartz.** Mit zahlr. Abb. u. 3 Tafeln. Zweite Aufl. Geb. M. 8,—.

Handbuch der Arzneimittellehre. Zum Gebrauche für Studirende und Aerzte bearbeitet von Prof. Dr. **S. Rabow** und Prof. Dr. **L. Bourget.** Mit einer Tafel und 20 Textabbildungen. Geb. M. 15,—.

Die Krankheiten der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. **Moritz Schmidt.** Zweite Auflage. Mit 165 Abbildungen und 7 Tafeln. Geb. M. 15,—.

Die Arzneimittel der organischen Chemie. Für Aerzte, Apotheker und Chemiker bearbeitet von Prof. Dr. **H. Thoms.** Zweite Auflage. Geb. M. 6,—.

Medicinisch-klinische Diagnostik. Lehrbuch der Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten für Studirende und Aerzte. Von Prof. Dr. **F. Wesener.** Mit 100 Abbildungen im Text und auf 12 Tafeln. Geb. M. 10,—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Книжный магазинъ К. Л. Риккера, С.-Петербургъ, Невскій просп., 14.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

всѣхъ вѣдомствъ

на 1898-й годъ (XXX-й годъ изданія)

подъ ред. проф. **В. К. Анрепа** и д-ра **П. Н. Булатова.**

Цѣна за три части съ карандашомъ: въ коленкор. переплетѣ 2 рубля, въ кожаномъ 2 р. 30 к. Пересылка 30 коп.

Продается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:
Grundriss
der
klinischen Bakteriologie
für Aerzte und Studirende
von
Dr. E. Levy, Professor und **Dr. F. Klemperer,** Privatdocent
an der Universität zu Strassburg i. E.
Zweite vermehrte u. verbesserte Aufl.
1898. 8. Preis 10 M.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:
Mittheilungen und Verhandlungen
der internationalen, wissenschaftlichen
Lepra-Conferanz zu Berlin
im October 1897.
III. Band. gr. 8. Mit 40 Fig. im Text.
Preis 16 M.

Als geschulte **Krankenpflegerin** empfiehlt sich
CONSTANCE SCHMIDT
Изм. п. 4-я рота, Haus № 7, Qu. 12.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für** die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.
Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 21 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, (12. März) 28. Februar 1898

Kissingen für Herzkranke.

Von

Dr. med. J. Leusser.
Bad Kissingen.

(Schluss).

Man hat sich vielfach darüber gestritten, ob durch die Herzgymnastik eine Erhöhung oder Verminderung des Blutdruckes ausgelöst würde. Während Traube und Oertel sich für erstere Annahme ausgesprochen haben, glaubten Zander und Nebel, dass durch die Muskelarbeit eine Herabsetzung des Blutdruckes eintrete. Hasebrock[11]) hat in dieser Richtung auch eine Reihe von Versuchen gemacht und kam zu folgenden Ergebnissen.

1. Ausnahmslos kommt es durch die Widerstandsübung zur Entspannung, wahrscheinlich auch Erweiterung der peripheren Arterien des Stammes und der Extremitäten.

2. Durch tiefe Athmung während der Uebung wird diese Entspannung wesentlich gefördert und deren Zeitdauer verlängert.

3. Gleichzeitig mit der Entspannung tritt eine Steigerung des Blutdruckes bis zu einem Maximum ein, darauf eine Senkung des Blutdruckes bis unter die Norm, worauf der Druck allmählich zur Norm zurückkehrt.

4. Die Steigerung des Blutdruckes ist während der Zeit der Arterienentspannung auf eine impulsiv gesteigerte Herzthätigkeit zu beziehen.

5. Die der Steigerung folgende Senkung des Blutdruckes ist der Ausdruck einer auf die Zeit gesteigerter Arbeit folgender Ruhezeit für das Herz.

Schott[12]) behauptet, dass sich am Schlusse der einzelnen Sitzungen der Widerstandsgymnastik eine mehr oder minder beträchtliche Verminderung bestehender Dilatationen des Herzens percutorisch nachweisen lasse. Im rechten Herzen habe er dies constant beobachtet und sehr oft auch bezüglich der Dilatation des linken Ventrikels. Diese günstigen Resultate habe er aber nicht nur bei uncompensirten Klappenfehlern erhalten, sondern ebenso auch bei einfacher Insufficientia cordis (Fettherz, weakened heart und Herzdilatation durch Anaemie) wahrgenommen, ja sogar Dilatationen des linken Ventrikels, die von Herzshok und erhöhtem arteriellen Druck bekleitet waren, seien von seiner Widerstandsgymnastik sehr günstig beeinflusst worden. Die Geräusche an den Herzostien werden nach den Uebungen deutlicher und solche, welche vorher nicht bemerkt werden, kommen zu Gehör. Der Puls wird regelmässiger und langsamer. Der arterielle Druck steigt. Der Athem wird frequenter, tiefer und leichter. Von Seiten der Blutstase wird eine Verminderung der Symptome wahrgenommen. Die Leber schwillt ab, die Schmerzen schwinden. Manchmal wird auch die Diurese mehr weniger reichlicher. Die Contractionen werden energischer. Die Aorta füllt sich mehr. Die Ueberfüllung des Herzens vermindert sich oder verschwindet und das ganze Organ kehrt langsam zu seinen normalen Grenzen zurück. Andere sicher vorurtheilsfreie und scharfe Beobachter haben nicht so günstige Resultate bezüglich einer Verminderung der Dilatation der Ventrikel nach Muskelübungen, wie Schott, der ein Zurückgehen derselben um sogar einige Centimeter beobachtet haben will, zu erhalten vermocht. So sagt Rosenbach[13]) «Ich selbst habe vielfache derartige Versuche angestellt und die Herzgrenzen vor und nach den Versuchen gleich gefunden, mit Ausnahme einzelner Fälle, in denen stärkere Muskelgymnastik zur Anwendung kam. Hier fand sich in der That bisweilen anscheinend eine wahrnehmbare, wenn auch geringe Verkleinerung des Herzens, deren Ursache aber zweifellos eher in einer ziemlich starken, recht deutlich nachweisbaren Lungenblähung, als in einer so schnell erfolgten Verstärkung des mittleren Herztonus zu suchen war». Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass ebenso wie durch die Digitalis bei hochgradiger chronischer Herzdilatation

[11]) Hasebrock. Ueber Krankheiten des Herzens. S. 33.
[12]) Moeller. l. c. S. 13.
[13]) Rosenbach. l. c. S. 1005.

oder acuter Ueberanstrengung des Herzens durch die Widerstandsgymnastik eine herzverkleinernde Wirkung erzielt werden kann, doch glaube ich mit Rosenbach annehmen zu dürfen, dass erst nach Tagen ein solcher Effect zu erwarten ist.

Von den Schweden werden seit langem Rückenhackungen und Vibrationen des Thorax als mächtiger Hautreiz ausgeübt und in ihrer vorzüglichen Wirkung als die Digitalis der Gymnastik bezeichnet[14]). Man hat rein empirisch gefunden, dass unter ihrer Anwendung die Pulsfrequenz bei Herzleidenden sank; das Herz beruhigte sich und die Brust wurde freier. Diese gymnastischen Manipulationen werden vermittels des von Zander angegebenen Vibrationsapparates, der in der Minute etwa 600 Vibrationen ausführt, vorgenommen und wirken direct tonisirend auf das Herz. Es sind mehrere Fälle in der Litteratur[15]) beschrieben, in denen die mechanische Herzerschütterung bei schwerer Synkope lebensrettend wirkte. Dadurch dass die Vibrationen tonisirend auf das Herz einwirken, tritt eine Erhöhung der Geschwindigkeit des Blutlaufes beider Kreisläufe ein und die Herzthätigkeit wird regulirt.

Als ein weiteres Mittel auf die Herzthätigkeit tonisirend und den Hermuskel kräftigend einzuwirken, steht uns die Terraincur zur Verfügung In der Ausübung dieser ist aber grosse Reserve geboten. Oertel hatte den Satz aufgestellt, dass man den Herzmuskel durch erhöhte Arbeitsleistung ebenso zur Hypertrophie und Kräftigung bringen könne, wie einen Skelettmuskel. Er hat aber dabei ausser Acht gelassen, dass in beiden Fällen auch noch ein gewisses Quantum von Reservekraft in dem Muskel vorhanden sein muss, wenn derselber auf die höhere Arbeitsleistung mit Hypertrophie seiner Fibrillen antworten soll. Gegenüber den übrigen, vorher besprochenen gymnastischen Uebungen des Herzens haben aber die Terraincuren noch den Nachtheil, dass

1. auch bei geringer Steigerung der Bahn dem ungeübten und schwachen Herzen eine nicht im Verhältniss zu seiner Leistungsfähigkeit stehende Arbeit zugemuthet wird,

2. der durch die Anstrengung des Bergsteigens auf die Herzthätigkeit ausgeübte Impuls ein viel zu lange andauernder ist und dem Herzen erst viel zu spät eine Erholungspause gönnt,

3. bei dem Mangel einer vorausgehenden methodischen Athmungsgymnastik die Athmung beim Bergsteigen wenigstens zu Anfang eine ungenügende ist.

Ganz anders aber verhält es sich bei den passiven und activen (Widerstands-) Bewegungen und der Herzgymnastik überhaupt, wie sie heutzutage ausgeführt wird. Nachdem wir erst durch eine ausgiebige Athmungsgymnastik und durch passive Bewegung bessere Verhältnisse für die Blutcirculation in der Peripherie geschaffen und so das Feld geebnet haben, gehen wir zur activen Arbeit des Herzens über und auch hier wieder ist die dem Herzen zugemuthete Arbeit je nach Leistungsfähigkeit des Herzmuskels und der in demselben noch vorhandenen «paraten Energie» genau dosirt und von zahlreichen Erholungspausen unterbrochen. Es ist darum auch möglich, mit unserer Gymnastik noch einen Erfolg in Aussicht stellen zu können, wenn die Reservekraft des Herzens nur mehr eine geringe ist. Es ist die Gefahr eine geringere oder besser gesagt, gleich Null, dass der Herzkranke im Vertrauen auf seine Leistungsfähigkeit oder angespornt von dem Wunsche durch kräftige Arbeit bald seine Gesundheit wieder zu erlangen, zu weit geht und und statt seinem Körper zu nützen, diesem durch übermässige Anstrengung den Tod bringen kann. Im Zander Institut steht der Patient ständig unter den Augen des Arztes und es sollte stets ein Arzt an der Spitze eines solchen Institutes stehen!, — seine Pulsthätigkeit und Respiration kann jeden Augenblick controllirt und die Uebung, wenn sie zu anstrengend, gemildert, gekürzt oder ganz unterbrochen werden.

Damit soll aber nicht gesagt sein, dass die Oertel'sche Terraincur unter allen Umständen zu verwerfen sei. Im Gegentheil! sie kann sehr segensreich wirken, wenn sie nicht zu rigoros betrieben wird und wenn die passenden Fälle für dieselbe ausgewählt werden, diese aber sind das nervöse Herz, das ungeübte durch unzweckmässige sitzende Lebensweise geschwächte Herz und bestimmte Formen von Fettherz, bei denen der Herzmuskel zwar gesund, aber von Fett überlagert ist. Bei diesen Herzaffectionen kann eine Terraincur dasselbe leisten, wie unsre Gymnastik und ich möchte sogar, nachdem eine genügende Athmungsgymnastik vorausgegangen ist, die Terraincur, wenn sie sorgfältig mit häufigen Ruhepausen während des Bergsteigens ausgeführt wird, den Uebungen im geschlossenen Raume für die obengenannte Kategorie von Kranken vorziehen, weil damit zugleich ein neuer bedeutender Factor zur Heilung gewonnen wird — das Athmen in reiner freier Luft, wodurch ein intensiver und rascher Gasaustausch im Blut stattfindet. Bedingung bleibt selstverständlich bei Anwendung der Terraincur immer, dass der Herzmuskel noch über einen genügenden Grad von Reservekraft verfügt; unter diesen Umständen ist sogar ein rascherer Erfolg von der Terraincur zu erreichen, als wir ihn von der Gymnastik erwarten können. Die Terraincur ist ja übrigens nichts anderes als eine Reihe von Widerstandsbewegungen, die aber nicht durch häufig eingeschaltete Erholungspausen für das Herz unterbrochen wird und darum viel grössere Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des Herzens stellt.

Bei Anwendung der Heilgymnastik für Herzkranke ist immer genau festzustellen und zu erwägen, ob das Herz nur in Folge von mangelnder Uebung, unzweckmässiger Lebensweise schwach ist, und in Folge von nervösen Störungen und dem Mangel der auf seine Innervation einwirkenden Reize ungenügend oder unregelmässig arbeitet, oder ob der Muskel selbst geschwächt und krank ist — und danach werden wir uns richten, ob wir entweder:

1. eine methodische Athmungs- und Muskelgymnastik, die in einfachen Uebungen ohne Widerstand und Belastung besteht oder

2. eine specifische Widerstandsgymnastik, bald mit geringerer bald mit grösserer Intensität immer aber mit genügend langen Ruhepausen zwischen den kürzeren Uebungen und sorgfältiger Abstufung der letzteren, sowie mit Vorausschicken einer richtigen Athmungsgymnastik, oder ob wir

3. eine Terraincur in Anwendung zu bringen haben.

Es kann gar nicht eindringlich genug hervorgehoben werden, dass Individualisiren bei Behandlung Herzkranker erster Grundsatz sein muss, und dass es allein beim Arzte steht, zu entscheiden, welche Krankheiten des Herzens sich für eine gymnastische Behandlung eignen und welche Form der letzteren zu wählen ist.

Ich habe weiter vorne erwähnt, dass die Behandlung der Herzkranken durch Bäder eine um so erfolgreichere ist, wenn sie zugleich mit Herzgymnastik combinirt wird. Beide Behandlungsmethoden, die auch jede für sich allein schon den günstigen Einfluss auf das kranke oder schwache Herz auszuüben im Stande sind, gelten allgemein als

[14]) Hasebrock. l. c. S. 33.
[15]) Maas. Eine Methode der Wiederbelebung aus Chloroformasphyxie. Berl. kl. W. 1892. Nr. 12. und Körte. Berl. klin. Woch. 1894. Nr. 9.



vorzügliche Herztonica, die durch Aufheben der peripheren Widerstände in der Blutbahn und Anregung des Herzmuskels zu grösserer Leistung, besserer Ernährung und Hypertrophie seiner Muskelfibrillen, einen nicht zu unterschätzenden Heilfactor ausmachen. Schott[16]) nimmt an, dass der Effect der kohlensauren Bäder sich von dem der Gymnastik insofern unterscheide, als ersterer andauernder sei, weil die Haut längere Zeit von den Salztheilchen der Soole imbibirt bleibe und dadurch den reflectorischen Reiz auf das Herz unterhalte. Dass Salzlösung beim Bade die Haut imbibirt, will auch Clemens[17]) durch Versuche nachgewiesen haben.

Die Bäder üben ihre Wirkung vermittels der sensiblen, die Gymnatik durch die motorischen Nerven auf die Herzthätigigkeit aus und wenn auch jede Methode für sich im Stande ist, eine Besserung und selbst Heilung im Zustande des schwachen oder kranken Herzens zu schaffen, so führt doch die Combination beider Methoden rascher und vollkommener zum Ziele.

Ich bin weit entfernt, mich in dem Erreichbaren bei Behandlung der Herzkrankheiten in Utopien einzulassen und Glauben machen zu wollen, dass die kohlensauren Thermalsoolbäder und die Gymnastik Wunder wirken könnten, aber soviel darf ich wohl mit Ueberzeugung aussprechen, dass sie seinen mächtigen Heilfactor in der Behandlung der Herzkrankheiten ausmachen und der weitesten Beachtung von Seiten der Collegen würdig sind.

Bei der balneogymnastischen Behandlung der Herzkranken darf auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass ihre Diät eine zweckmässige ist. Die Kost der Herzkranken soll im allgemeinen eine eiweissreiche sein, aber keine ausschliesslich eiweisshaltige. Der Herzkranke bedarf auch als Heizmaterial für seinen Körper einer mässigen Menge von Kohlehydraten (Brot, Reis, mehlhaltige Speisen, Schleimsuppe, Kartoffelpurée, Erbsenpurée, Gemüse) und Fett in Gestalt von Butter. Da mit reichlicher Nahrungsaufnahme eine Mehrleistung des Herzens verbunden ist, so soll der Herzkranke immer nur kleine Mahlzeiten nehmen. Die Flüssigkeitsaufnahme ist nur auf das absolut nöthigste zu beschränken. Hiebei ist aber zu individualisiren. Manche Menschen bedürfen der Flüssigkeiten während des Essens, um ihre Nahrung leichter assimiliren zu können. Diesen darf darum ein leichter, dünner Wein gestattet werden. Im Uebrigen aber sind Alkoholica, Kaffee und Thee für die Fälle aufzuheben, in denen Insufficienz des Herzmuskels droht oder schon vorhanden ist. So wohlthuend für manchen Herzkranken eine Milchcur hinsichtlich der Ernährung wäre, so kann sie doch nur in den seltensten Fällen zur Anwendung kommen, weil durch dieselbe eine Mehrbelastung des Herzens und der Gefässe hervorgerufen wird, die schädlich ist. Was die Oertel'sche Wasserentziehung anlangt, so ist in ihr grosse Vorsicht geboten. Sie wird in den Fällen zur Anwendung kommen, wo eine bedeutende Ueberfüllung des venösen Kreislaufes statt hat und stationäre Oedeme neben Insufficienz des Herzens vorhanden sind. Wir vermögen dadurch zur Erleichterung des peripheren Kreislaufes beizutragen und eine balneogymnastische Cur mit ihr sehr wirksam zu unterstützen. Die Behandlung der Fettleibigen mit Fettherz unterliegt besonderen diätetischen Verordnungen, auf die ich hier nicht eingehen will.

Inwieweit neben einer balneogymnastischen Cur für Herzkranke noch electro- und hydrotherapeutische Proceduren im engeren Sinne zur Anwendung zu kommen haben, soll hier nicht weiter erörtert werden.

Es erübrigt mir nun nur noch darauf hinzuweisen, welche Erkrankungen des Herzens unter Anwendung obiger Methoden und dem Einflusse der Trinkquellen und sonstiger Verhältnisse in Kissingen auf Heilung oder wenigstens auf Besserung hoffen können.

[16]) Moeller. l. c. S. 20.
[17]) Kisch. Balneo-Therap. Lexic. S. 350.

Indicationen.

Für eine erfolgreiche Behandlung mit den kohlensäurereichen Soolbädern und der Gymnastik in Kissingen eignen sich vor Allem die nervösen Herzerkrankungen (nervöses Herzklopfen, Herzerethismus, Neurasthenia vasomotoria, Neurasthenia cordis). Nach übereinstimmendem Urtheile all meiner Collegen hier, die Beobachtungen in dieser Hinsicht gemacht haben, üben die kohlensauren Thermalsoolbäder eine ganz vorzügliche Wirkung auf diese Kranken aus. Der Puls verliert seine hohe Frequenz und wird kräftig und regelmässig, die trübe Stimmung, die sich oft bis zum taedium vitae steigert, macht einer behaglichen Euphorie Platz, die Functionen des Körpers fliessen leicht und regelmässig ab, der Stoffwechsel regulirt sich, der Appetit steigt. Die Kranken werden unternehmungslustig und verlieren vollkommen das Gefühl der Müdigkeit und Energielosigkeit. Besonders das durch psychische Ueberanstrengung oder durch toxische Substanzen wie Alkohol, Nicotin, starken Kaffee producirte Ermüdungsherz gewinnt seine frühere Spannkraft wieder und mit neuem Schaffensdrange kehrt der betreffende zu seinem Berufe zurück. Ebenso günstig wird durch den Gebrauch der kohlensauren Bäder das durch sitzende Lebensweise und unzweckmässige Ernährung geschwächte und für höhere Leistungen ungeübte Herz, wie auch das durch Luxusconsumption geschwächte und mit Fettauflagerungen überzogene Herz der Fettleibigen (Mastfettherz Kisch's) beeinflusst. Letzteren ist zugleich wie in keinem anderen Thermalsoolbad Gelegenheit geboten, an der Quelle des altbewährten Rakoczy neben der Badecur zugleich eine erfolgreiche nicht zu angreifende Trinkcur zu verbinden.

Für alle ebengenannten Categorien von Herzkranken eignet sich je nach Lage des Falles zur Vermehrung des Badeeffectes die Anwendung der Heilgymnastik ebenso, wie die modificirte, d. h. von zahlreichen Ruhepausen unterbrochene, nicht zu rigorose Terraincur, für welche in Kissingen vermöge seiner unvergleichlich schönen, von einem dichtbewaldeten Kranze niederer und hoher, bis dicht an die Quellen heranreichender, von zahlreichen, schattigen Spaziergängen — bald durch Laubholz, bald durch Fichtenbestände — durchzogenen Berge umgebenen Lage ganz hervorragende Gelegenheit geboten ist. Auch bei den von Luxusconsumption herrührenden, schon weiter vorgeschrittenen Herzerkrankungen mit ausgesprochener Herzdilatation, Verbreiterung der Herzdämpfung frequentem Puls, Oedem, Schwerathmigkeit und bedeutend beeinträchtigter körperlicher Leistungsfähigkeit ist durch die combinirte balneogymnastische Behandlung noch ein sehr guter Erfolg zu erzielen. Nur ist bezüglich der Heilgymnastik ein vorsichtigeres und langsameres Vorgehen geboten und vorerst auf die Beseitigung der peripheren Widerstände durch Athemgymnastik, passive Bewegungen u. s. f. hinzuarbeiten, ehe mit den Widerstandsbewegungen oder einer Terraincur begonnen werden kann.

Auch die Arteriosklerose ist einer balneogymnastischen Behandlung zugänglich. Nur ist bei derselben verschärfte Vorsicht nothwendig Es muss alles vermieden werden, was einer bedeutenderen Blutdrucksteigerung und somit dem Heraufbeschwören einer momentanen Gefahr Vorschub leisten könnte. Darum haben wir uns in der Heilgymnastik darauf zu beschränken, durch Massage, Athmungsgymnastik und passive Bewegungen die Blutstromgeschwindigkeit in der Peripherie zu erhöhen, ohne das Herz anzustrengen und den Blut-

druck zu steigern. Spezifische Widerstandsgymnastik und Terraincuren sind zu unterlassen. Es ist während des Bades, wie bei allen Herzkranken, so besonders auch bei dieser Categorie von Patienten darauf zu achten, dass durch genügende Ventilation in der Badecabine das der Soole entsteigende und letztere anfüllende kohlensaure Gas entweichen kann und nicht durch zu reichliche Einathmung unangenehme Zufälle hervorruft. Unter dieser Behandlung werden manche lästige Symptome der Arteriosclerose, Parästhesien, Augenflimmern, Unterleibsplethora verschwinden oder sich mildern.

Wenn ich weiter vorne erwähnt habe, dass wir bei Anwendung der balneogymnastischen Therapie immer im Auge behalten müssen, wieviel der betreffende Herzmuskel noch zu leisten im Stande ist, so gilt dies ganz besonders für diejenigen Herzerkrankungen, in denen wir es in Folge von primärer Muskelschwäche entweder mit acuten Schwächezuständen nach acuten Infectionskrankheiten, acuter oder chronischer körperlicher Ueberanstrengung, langdauernden oder heftigen psychischen Emotionen oder in Folge von myocarditischen Processen und Sclerose der Kranzarterien mit chronischer Muskelschwäche des Herzens zu thun haben. Hierher gehört auch eine grössere Reihe von Fettherzen, bei denen es sich nicht mehr um einen intacten Herzmuskel mit Fettauflagerung handelt, sondern wo schon musculäre Veränderungen und sclerotische Processe im Spiele sind. Mit gehöriger Vorsicht angewendet, werden die Bäder hier immer noch ihren heilsamen Einfluss ausüben, während die Anwendung der Heilgymnastik doppelte Aufmerksamkeit erfordert. Vor allem ist einmal bei acuten Schwächezuständen des Herzens dem kranken oder schwachen Organe eine Zeit lang Ruhe zu gönnen, dann sind der Reihe nach gaslose, schwach kohlensäurehaltige und erst später starke kohlensäurehaltige Bäder in Anwendung zu bringen, und wenn der Herzmuskel beginnt, wieder kräftiger zu werden und mehr Leistungsfähigkeit zu zeigen, ist zur Heilgymnastik überzugehen, die sich in bestimmten Grenzen zu bewegen hat. Auch Herzkranke mit myocarditischen Processen und Sclerose der Kranzarterien dürfen noch einer vorsichtigen Badecur unterzogen werden. Sie empfangen durch die Wirkung des Bades einen stimulirenden Reiz für ihr Herz, das durch gesteigerte Anregung seiner Thätigkeit in seinem Ernährungszustande gehoben wird. Betreffs der Heilgymnastik kommen nur Massage, Athmungsgymnastik und passive Bewegungen in Betracht. Die peripheren Widerstände sollen möglichst beseitigt und eine Besserung der Stromgeschwindigkeit des Blutes angestrebt werden, ohne dass das Herz mehr belastet wird. Die Vorsicht, die bei Erkrankungen der Kranzarterien zu beobachten ist, muss noch verschärft werden, wenn zugleich Angina pectoris vorhanden ist, doch contraindicirt diese nicht das vorsichtige Baden und ohne Widerstände ausgeübte Gymnastik.

Endocarditiden, mögen sie nun idiopathisch oder im Anschluss an einen Gelenkrheumatismus entstanden sein oder sich an sonstige Affectionen angeschlossen haben, werden durch den Gebrauch der kohlensauren Bäder umso günstiger beeinflusst, je jüngeren Datums sie sind. Die Auflagerungen auf den Mitralklappen können wieder durch den lebhafter strömenden Lymph- und Blutstrom und die energischere Thätigkeit der Gewebezellen unter dem stimulirenden Einfluss der Kohlensäure auf die Haut und das Centralnervensystem aufgesaugt werden, Geräusche, die vordem sehr laut und scharf waren und den Herzton vollkommen verdeckten, werden zu leisen, hauchenden, der Herzton wird deutlicher.

Auch die Pericarditis eignet sich zur Behandlung mit kohlensauren Bädern. Es ist selbstverständlich, dass sowohl bei den endocarditischen, als auch pericarditischen Erkrankungen vor Beginn der Cur das fieberhafte Stadium abgelaufen sein muss. Ob und in wieweit die Badecur zugleich auch mit gymnastischen Manipulationen combinirt werden darf, kommt immer auf den jeweiligen Fall und den Grad der Leistungsfähigkeit an, zu dem das kranke Herz bereits vogeschritten ist. Wenn ich von Heilung und Aufsaugung endo- oder pericarditischer Auflagerungen und Veränderungen während des Bädergebrauches spreche, so habe ich hauptsächlich die Fälle im Auge, die bei jugendlichen, regenerationsfähigen Individuen vorkommen, und bei denen es sich nur um geringfügige Auflagerungen handelt. Wollte man mir entgegenhalten, dass auch ohne alle Therapie die Resorption solcher kleinster Exsudate häufig beobachtet wird, so bin ich weit entfernt, dies leugnen zu wollen, aber man wird mir nicht bestreiten können, dass es viel leichter zu einer solchen Aufsaugung kommt, wenn wie dies durch die kohlensauren Bäder geschieht, ein tonisirender Reiz auf das Herz und seine Ernährung ausgeübt wird.

Wenn es auch ausserhalb dem Bereiche der Möglichkeit liegt, alte Klappenfehler mit anatomischen Veränderungen der Ostien — Insufficienz und Stenose der Klappen — durch den Gebrauch der Kissinger kohlensauren Thermalsoolbäder zu heilen, so leisten sie als mächtiges Herztonicum dennoch vorzügliches, sobald es in Folge dieser Anomalien zu Compensationsstörungen mit nicht mehr genügender Blutstromgeschwindigkeit und gesteigerter abnormer Blutvertheilung gekommen ist. Die Stauungsdilatation wird durch Steigerung der Herzmuskelkraft aufgehoben, der Blutdruck steigt, die Oedeme verschwinden, wenn sie nicht schon zu weit um sich gegriffen haben, und während bei Anwendung der Digitalis bald nach dem Aussetzen des Mittels die Herzkraft wieder erlahmt und schliesslich diese Drogue bei häufigem Gebrauch ganz versagt, ist die durch den milden und doch kräftigen Reiz der kohlensauren Bäder erlangte Besserung eine auf lange Zeit sich erstreckende, ja sogar dauernde. Auch bei diesen Erkrankungen des Herzens ist der Erfolg der Bäderbehandlung ein rascherer und wirksamerer, wenn sie zugleich mit der Heilgymnastik combinirt wird. Hier haben wir zu unterscheiden, ob es sich um einen Mitralis- oder Aortenfehler handelt, ob wir auf die Steigerung der Circulation im kleinen und dadurch auch im grossen Kreislauf oder ob wir nur hauptsächlich auf den letzteren einwirken wollen. Es ist darum bei Mitralfehlern das Haupgewicht auf die Athmungsgymnastik zu legen, während bei Aortenfehlern die Widerstandsgymnastik sehr frühzeitig zur Anwendung gezogen werden kann. Bedingung für eine wirksame Athmungsgymnastik bei Mitralfehlern ist aber das Fehlen abnorm grosser Widerstände, wie diese durch Emphysem, pleuritische Verdickungen und Verwachsungen, Kyphose Scoliose etc. gebildet werden. Der Ausdruck der balneogymnastischen Behandlung wird eine künstlich herbeigeführte Hypertrophie des Ventrikels und damit eine erhöhte Leistungsfähigkeit desselben sein. Ich muss auch hier wieder daran erinnern, dass im Herzen noch ein ausreichender Grad von Reservekraft vorhanden sein muss und und dass der Erfolg ein um so sicherer sein wird, je jünger das Individuum ist, und wenn berücksichtigt wird, unter welchen Lebens-Bedingungen dasselbe vor Einleitung der Cur gestanden hat. Ein junger, noch leistungsfähiger, aber aus Angst vor Ueberanstrengung an Energie verarmter, ungeübter Herzmuskel wird leichter erhöhte Anforderungen an seine Leistung vertragen und mit Hypertrophie seiner Muskelfibrillen antworten er wird unter zweckmässig geleiteter, das Mass seiner Leistungsfähigkeit im Auge behaltender Cur leichter die Blutdruckerhöhung und Beseitigung der peripheren Widerstände zu Stande bringen und eine dauernd höhere



Leistungsfähigkeit erlangen, als der Herzmuskel eines älteren Individuums, der der Regeneration und Hypertrophie seiner Muskelbündel nicht mehr in gleichem Grade fähig ist, der aus biologischen Gründen nicht mehr über grosse Reservevorräthe verfügt. Dies wird noch mehr in die Wahrnehmung treten, wenn schon sclerotische Veränderungen an den Arterien vorhanden sind.

Auch für compensirte Klappenfehler ist der Gebrauch der Kissinger kohlensauren Thermalsoolbäder mit gleichzeitiger Anwendung der Herzgymnastik und zwar als Prophylacticum zu empfehlen. Wenn Herzfehler mit Nierenerkrankungen combinirt sind, so bilden diese keine Contraindication für eine Cur in Kissingen: Unter diesen Umständen erscheint es mir geboten, die Temperatur des Bades nicht zu weit herabzudrücken. Bei Schrumpfniere mit secundärer Herzinsufficienz empfiehlt es sich jedoch die Heilgymnastik zu unterlassen, da diese Fälle, wenn sie weit vorgeschritten sind, nach den Beobachtungen Hasebrock's[18]) nicht einmal die Massage vertragen.

Contraindicationen.

Auszuschliessen von einer balneogymnastischen Behandlung sind acute fieberhafte Herzerkrankungen, acute Herzschwächezustände. Diese verlangen vor Allem absolute Ruhe, eventuell Digitalis und andere symptomatische Mittel. Ist das Fieber geschwunden und das acute Stadium vorüber, dann werden dieselben sicher durch eine Badecur günstig beeinflusst.

Ferner eignen sich nicht zur Behandlung Aneurysmen des Herzens und der grossen Arterien, bei denen auch die geringste Blutdrucksteigerung zu unangenehmen Zwischenfällen führen könnte. Ebenso möchte ich noch diejenigen Fälle ausschliessen, bei denen bereits hochgradige Oedeme mit Ascites bestehen und weit vorgeschrittene fettige oder schwielige Degenerationen des Herzmuskels vorhanden sind.

Ich verhehle mir durchaus nicht, dass auch ein Theil der guten Heilerfolge, die bei Herzkranken in Kissingen und anderen ähnlich wirkenden Badeorten erzielt werden, auf die veränderten günstigen hygienischen Verhältnisse des jeweiligen Badeortes, auf den Wegfall der Berufsgeschäfte mit all ihren Verdriesslichkeiten und Aufregungen, auf den psychischen Effect, den die schöne Umgebung des Badeortes auf ihn ausübt und auf die freudige Hoffnung durch genaue Befolgung aller ärztlichen Verordnungen und völlige Hingabe an seine Cur die frühere Gesundheit wieder zu erlangen, zurückzuführen sind. Aber damit allein kann vielleicht nur in den Fällen, die in geistiger und körperlicher Ueberanstrengung ihren Grund haben, wenn diese nicht das Herz schon zu stark in Anspruch nahmen, ein vorübergehender Erfolg erzielt werden. In allen übrigen aber ist es nur das mächtig auf das Herz als Tonicum einwirkende Soolbad — bald mit gymnastischen Uebungen combinirt bald ohne dieselben — welches glänzende Resultate liefert.

Mit vorliegender Arbeit will ich aber nicht ausgesprochen haben, dass man die Digitalis ganz entbehren könne. Diese wird immer ihre souveräne Macht behalten und unersetzlich sein in den Fällen, wo es sich um rasch einsetzende Compensationsstörungen handelt. Hier wird sie in Verbindung mit absoluter Ruhe rascher und wirksamer helfen, als kohlensaures Bad und Gymnastik, die erst nach diesen Attaquen wieder in Frage kommen, und in manchen anderen Fällen, wird sie bei schweren Compensationsstörungen, stärker auftretenden Oedemen in gegenseitiger Unterstützung mit kohlensaurem Bade und Gymnastik segensreich wirken.

[18]) Hasebrock. l. c. S. 49.

Zum Schlusse möchte ich noch erwähnen, dass es selbstverständlich keinen specifischen Badeort für Herzkranke giebt, sondern dass letztere überall da Besserung und Heilung erwarten können, wo neben Thermalsoolquellen von reichem Kohlensäuregehalt auch alle übrigen Factoren für eine exacte methodische Behandlung der Herzkranken, wie medico-mechanisches Institut, Gelegenheit zu Terrain- und diätetischen Curen und zugleich passende Trinkquellen gegeben sind.

Mit all diesen Vorzügen ist aber Kissingen durch Natur und Kunst verschwenderisch ausgestattet.

In einer weiteren Arbeit soll durch eine Reihe von Beobachtungen und Krankengeschichten die Heilwirkung des eben besprochenen Regimes für Herzkranke noch besonders illustrirt werden.

Referate.

v. Oefele: (Bad Neuenahr). Appetitmangel, eine Folge von Parageusie, behandelt mit Gymnema. Klin.-therap. Wochensch. 1898 Nr. 4 und 5.

In seiner Arbeit berichtet Oefele in Kürze über zahlreiche von ihm beobachtete Fälle von Parageusie, in welchen es ihm gelang durch Verordnung von Gymnema silvestre eine die Kranken belästigende unangenehme Geschmacksempfindung zu beseitigen und dadurch den verlorenen Appetit wiederherzustellen. Die Parageusie trat auf als Begleiterscheinung verschiedener Krankheitsformen, wie Diabetes, Katarrhe der Verdauungswege; als Intoxicationsparageusie, die ganz speciell durch Missbrauch von Opiaten und namentlich nach ihrer subcutanen Anwendung ausgelöst zu werden scheint. Abdominelle Parageusien, wie sie Verf. bei Neoplasmen der Bauchorgane beobachten konnte, sowie auch Parageusien hysterischen Ursprungs waren dieser Therapie zugänglich. Die Verordnung des Gymnema silvestre, seitdem es in Form von Tabletten im Handel vorrätig ist, ist bedeutend angenehmer geworden für die Pat. Früher wurde es angewandt in Form zerkleinerter Blätter. Bei der Verordnung ist den Pat. stets einzuschärfen, dass Gymnema den Zweck hat in der Mundhöhle local zu wirken, und ein Verschlucken deshalb durchaus widersinnig sei. Die Anwendung ist folgende: Morgens beim Erwachen und wenn nötig je eine halbe Stunde vor der Mahlzeit wird eine Gymnematablette in den Mund genommen, stark mit Speichel befeuchtet und im Munde erweichen gelassen. Nach einer Viertelstunde wird der Mundinhalt ausgespuckt und man spült den Mund mit etwas reinem Wasser nach. Nach einer weiteren Viertelstunde befindet sich das Geschmacksvermögen in der geeignetsten Verfassung, um Fleisch, Ei oder Milch als Nahrungsmittel aufzunehmen, ohne dass der Pat. von der Parageusie belästigt wird. In manchen Fällen gelinge es bereits nach einigen Tagen die Anwendung des Gymnema einzustellen, ohne dass die Parageusie wiederkommt.

Hecker.

Arthur Adler: (Breslau) Examen und Selbstmord. Zeitschr. f. pract. Aerzte 1898 Nr. 3.

Einem jeden der Leser wird mehr oder minder der Zustand geistiger Alteration aus eigener Erfahrung bekannt sein, in dem sich ein Candidat vor dem bevorstehenden Examen befindet. Nach Adler's Ansicht ist es das angestrengte Arbeiten unter dem Druck einer intensiven Spannung wegen des zweifelhaften, von äusseren Umständen vielfach abhängigen Ausfalls der Prüfung, was die Examina so gefährlich für die Psyche macht. Und deshalb möchte er «die Aufmerksamkeit der practischen Aerzte auf ein Krankheitsbild lenken, dessen Eigenartigkeit hauptsächlich in dem veranlassenden Moment liegt und dessen practische Bedeutung in dem traurigen Ende besteht, welches die Kranken sich selbst bereiten, falls das Leiden nicht rechtzeitig erkannt wird und für Beseitigung der Schädlichkeiten gesorgt wird». Verf. ist der Meinung, dass abgerechnet die Leute, auf welche ein Examen überhaupt nicht oder nicht nachhaltig schädigend wirkt, es eine nicht ganz unbedeutende Anzahl von Personen gibt, welche für die Examensnoxen ausserordentlich empfänglich sind und an denselben, wenn sie ihnen in zu grosser Dosis einverleibt werden, zu Grunde gehen. Dabei handelt es sich nach Kraepelin nicht um Menschen mit rüstigem Gehirn, sondern um solche, deren psychische Widerstandskraft herabgesetzt ist, welche auf intelectuellem Gebiete durch leichte Ablenkbarkeit und rasche Ermüdung, in der Gefühlssphäre durch erhöhte Erregbarkeit, aber ge-

ringe Nachhaltigkeit der Affecte gekennzeichnet sind. Solch' eine psychopathische Disposition kann ererbt oder erworben werden durch Schädlichkeiten, wie: acute Infectionskrankheiten, besonders Influenza, anderweitige acute und chronische Krankheiten, geistige Ueberanstrengung vor Eintritt in die eigentliche Examenvorbereitung, Gemütserregungen, Abusus alkoholicus abusus nicotianus, Excesse in Venere.

Solches illustrirt Verf. durch die Mitteilung von 7 Krankheitsfällen, welche er als acute Examensneurasthenie bezeichnen möchte. Rechtzeitig erkannt und richtig behandelt, sei die Prognose eine überraschend günstige. Im anderen Falle führe sie zu den traurigsten Folgen.

Als therapeutische Massregeln seien zu ergreifen: Entfernung des Kranken aus der ihn stets von Neuem aufregenden Umgebung, gute Ernährung, Bettruhe, eventuell Opiumdarreichung. Zu warnen sei aber vor sogenannten Erholungsreisen zur Zerstreuung, wo die mannigfachen äusseren Reize, welche das völlig ermüdete Gehirn nicht verarbeiten kann, die gemütliche Depression noch verstärken.

Hecker.

Max Einhorn: Die Diät der Dyspeptiker. Archiv für Verdauungskrankheiten. Bd. III. S. 429. 1898.

Verf. hebt hervor, dass das Gros der Dyspeptiker oder der chronisch an Verdauungsstörungen Leidenden in die Klasse der functionellen oder nervösen Störungen des Digestionsapparates falle. Die meisten dieser Patienten leiden an Appetitlosigkeit oder Gastralgien oder beiden zugleich und aus Furcht sich zu schaden, schränken sie das Maass der Speisen immer mehr ein und je mehr sie dadurch herunterkommen, desto grösser werden die nervösen Störungen, die Gastralgien, Kopfschmerzen, Schwindel etc.

Sobald nun das Fehlen organischer Erkrankungen (Ulcus, Stenose) festgestellt ist, wobei die Untersuchung des Magenchemismus zwar nützlich aber nicht nothwendig sei, so kommt es vor allen Dingen darauf an, die Kranken besser zu ernähren, die Patienten die seit Jahren die meisten Speisen vermieden haben, müssen wieder essen lernen. Doch muss die Aenderung allmählich vor sich gehen. Man erlaube zuerst neben der Milch breiartige Suppen, Eier in Milch oder Bouillon durchgeschlagen und Zwieback in Milch weichgemacht. Einige Tage darauf fange man an, dieser Kost etwas Zwieback oder Crackers nebst Butter hinzuzufügen. Dann gestatte man Fleisch, zunächst das weisse vom Huhn, feingeschabtes Rindfleisch und Puréekartoffeln. Noch später gebe man Weissbrot, gebackene und gekochte Kartoffeln, weichgekochte Eier, Rühreier, Austern. Endlich fange man an auch Gemüse und Früchte zu erlauben. Ein wichtiger Punkt bei der Ernährung ist die pünktliche Einhaltung von Mahlzeiten. Meist werden häufige Mahlzeiten, 5—6 am Tage, am Platze sein. Besonderes Gewicht legt Verf. auf Brot und Butter, von der letzteren lässt er 1/4 Pfund täglich nehmen, was fast stets vertragen werde. Dies gebe über 200 Calorien, also über die Hälfte der erforderlichen. Massage kann nützlich sein. Ist der Chemismus bekannt, so gebe man bei Hyperchlorhydrie reichlich Fleisch, bei unzureichenden Mengen von Salzsäure vorwiegend stärkehaltige und vegetabilische Nahrung. Wenn auch im Anfange der reichlicheren Diät bisweilen die Beschwerden stärker werden, so lasse man sich dadurch nicht abschrecken.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Jacobson. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Zweite Auflage. 1898.

Die neue Auflage des Jacobson'schen Lehrbuchs hat in der Anordnung des Stoffes, der Capiteleintheilung und den bildlichen Darstellungen keine wesentliche Aenderung erfahren und doch finden wir fast in jedem Abschnitte Neuerungen, bzw. Verbesserungen und Zusätze. Jacobson — dem inzwischen der Professortitel verliehen worden ist — hat sich bemüht überall die neuesten Fortschritte auf dem Gesammtgebiet der Ohrenheilkunde in den einzelnen Abschnitten seines Buches zu erwähnen und das hat nothgedrungen zur völligen Umarbeitung ganzer Capitel geführt. — Das gilt vor Allem von den Erkrankungen des Warzentheils und die Radicalbehandlung der chronischen Mittelohreiterung durch operative Eröffnung der Mittelohrräume (nach den verschiedenen neueren Methoden) hat eine ebenso erschöpfende wie klare Darstellung gefunden (Taf. XIX. ist neu hinzugekommen und dient zur Illustration der Radicaloperationen). — Auch die unzähligen therapeutischen Vorschläge auf dem Gebiete des chronischen Mittelohrcatarrhs, speciell der Sclerose, sind gewissenhaft zusammengetragen — leider ohne dass der Leser den Eindruck gewönne nun endlich in den Besitz eines der Cataract extraction ebenbürtigen Behandlungsmethode der Schwerhörigkeit gelangt zu sein, — jener crux medicorum. — Wir kommen auch bei der Lectüre dieser zweiten Auflage wiederum zu der Ueberzeugung, dass der Verfasser sich bemüht hat stets objectiv und nüchtern zu urtheilen, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen und das Wichtige prägnant darzustellen.

Wenn wir noch hinzufügen, dass auch die neue anatomische Nomenclatur Berücksichtigung gefunden hat und — last not least — ein umfangreiches, mit Bienenfleiss zusammengestelltes Literaturverzeichniss dem Buche in praktischer Weise beigefügt worden ist, so kann es nicht befremden wenn wir heute mit denselben Anerkennungsworten schliessen wie vor vier Jahren: «Wir glauben mit gutem Gewissen Jacobson's Lehrbuch zum Besten zählen zu dürfen, was auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde in den letzten Jahren erschienen ist, und empfehlen den Collegen die Lectüre desselben aufs angelegentlichste».

Greiffenhagen.

Vermischtes.

— Am Sonnabend d. 21. Februar fand im Sitzungssaale der Duma die VIII. Jahresversammlung der St. Petersburger Aerztegesellschaft zur gegenseitigen Hilfe (С.-П. Б врачебное общество взаимной помощи) statt. Anwesend waren über 175 Mitglieder. Zum Präsidenten dieser Sitzung wurde einstimmig Prof. v. Anrep gewählt. Zunächst erstatteten der Cassirer Dr. Trojanow und der Secretär Dr. Fischer ihre Berichte, über die Casse resp. über die Thätigkeit der Gesellschaft, für das Jahr 1897, worauf die Verlesung des Berichtes der Revisions-Commission folgte. Die Versammlung sprach dem Verwaltungsrath der Gesellschaft für seine erfolgreiche Thätigkeit im letzten Berichtsjahre ihren lebhaften Dank aus. Hierauf wurden zu Ehrenmitgliedern: die Gräfin Stenbock-Fermor und der Medicinalinspector Dr. Ssutugin erwählt; Erstere hat dem Fond zur Erziehung der Waisen von Aerzten 1000 Rbl. zugewandt; Letzterer leistet der Gesellschaft einen grossen Dienst, indem er Waisen von Aerzten vielfach in den Anstalten des ihm unterstellten Ressorts unterbringt. — Die gegenwärtig fungirenden Ehrenrichter wurden per acclamationem ersucht, auch für das laufende Jahr im Amte zu verbleiben. Als wichtigster Gegenstand war für diese Sitzung die Frage von der ärztlichen Reclame auf die Tagesordnung gesetzt, nachdem sie bereits am 13. December v. J. auf einer nicht beschlussfähigen Generalversammlung eingehend discutirt worden war. Der Debatte und Abstimmung lag der Bericht einer im Jahre 1896 in dieser Sache eingesetzten Commission zu Grunde, nebst den Separatvoten der Commissionsglieder Tietzner und Ussas. Am Eingange ihres Gutachtens hatte die Commission folgenden Satz aufgestellt: «Jegliche persönliche Anzeigen mit dem Angebot ärztlicher Hilfe seitens der Mitglieder der Gesellschaft, sind vom corporativen Standpunct als unerwünscht anzusehen, selbst in dem Falle, wenn sie nichts anderes enthalten, als Angaben über: Adresse, Specialität und Empfangstunden, und dabei nicht häufig erscheinen. Um so weniger erwünscht sind solche Anzeigen, wenn sie wiederholt oder beständig in einer oder mehreren Zeitungen publicirt werden und sich dadurch ihrem Character nach einer Reclame nähern».

Dieser Grundsatz wurde begreiflicher Weise mit grosser Majorität abgelehnt. Dagegen nahm die Versammlung den folgenden Punct 11 des Gutachtens einstimmig an: «Ferner sind alle persönlichen Anzeigen und Mittheilungen mit dem Angebot ärztlicher Hilfe, welche sowohl der Form wie dem Inhalt nach offenbar darauf berechnet sind, die besondere Aufmerksamkeit des Publicums auf sich zu lenken, wie auch Alles, was den unzweifelhaften Character der Reclame an sich trägt — als unvereinbar mit der Würde und den Pflichten eines Arztes überhaupt, und speciell eines Mitgliedes der Gesellschaft, anzusehen, und daher unbedingt zu verbieten». Nachdem auf diese Weise der principielle Standpunct präcisirt war, wurden die Details der Frage discutirt. Weiterhin standen auf der Tagesordnung noch: das Project Dr. Tietzner's, betreffend ein Heim für altersschwache Aerzte, die Herausgabe einer Zeitschrift als Organ der Gesellschaft (Вѣстникъ С.-П. Б. врачебнаго общества взаимной помощи) und das Project einer ärztlichen Sterbecasse.

B.

— Der Windausche Kreisarzt Collegienrath Dr. Ferdinand Waldhauer ist laut Verfügung der kurländischen Medicinal-Verwaltung zum älteren Kreisarzt des Gouvernements Kurland ernannt worden.

— Wie wir bereits mitgetheilt haben, ist von der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ein russischer balneologischer Congress in Aussicht genommen. Die bei der balneologischen Abtheilung der genannten Gesellschaft zur Regelung dieser Angelegenheit niedergesetzte Commission hat, nach den «Nowosti» beschlossen, drei Sectionen auf dem Congress zu bilden — eine balneologische, eine hydrologische und eine klimatologische. Zum Vorsitzenden des Organisationscomités dieses Congresses wurde Prof. A. J. Lebedew (Gynäkologe) zum Vicepräsidenten Dr. Leo Bertenson und zu Secretären Dr. Halberstamm und Privatdocent Dr. A. Lipski gewählt. Als Presides werden fungiren: in der balneologischen Section — Privatdocent Dr. Sigrist. in der hydrologischen — Prof. Inostranzew und in der klimatologischen Section — Prof. Wojeikow.

— Die bei der Kasanschen Universität seit 1892 bestehende Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater hat in ihrer vor Kurzem stattgehabten Jahresversammlung ihren bisherigen Vorstand (Prof. N. M. Popow — Präsident. Prof. Misslawski — Vicepräsident, Dr. Worotynski — Secretär und Dr. J. Naumow — Cassirer, wiedergewählt. Die Gesellschaft zählte im letzten Jahr 59 Mitglieder, darunter 9 Ehrenmitglieder. Im Berichtsjahr wurden zu Ehrenmitgliedern die Professoren der Kasanschen Universität Arnheim und Dogel, sowie Professsor A. Kölliker in Würzburg gewählt.

— Am 18. Februar vollendeten sich 30 Jahre des Staatsdienstes des gelehrten Secretärs des militär-medicinischen gelehrten Comités, wirkl. Staatsraths Dr. F. Nikolajew.

— Vor einigen Wochen beging der Oberarzt der Wladikawkas-Eisenbahn, Dr. Victor Leschewitsch sein 25-jähriges Jubiläum als Arzt der genannten Eisenbahn.

— Verstorben: 1) Am 19. Februar in Moskau der bekannte Chirurg, wirkl. Staatsrath Dr. H. Ssawostizki, ehemaliger Oberarzt des Moskauer Marienkrankenhauses für Arme im Alter von 71 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten und war ein Schüler des damals berühmten Chirurgen Inosemzow, in dessen Klinik er längere Zeit beschäftigt war. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1852 fungirte S. mehrere Jahre als ausseretatmässiger Ordinator am Moskauer Arbeitshospital, dann als Consultant für Chirurgie am Polizeikrankenhause. Im Jahre 1869 übernahm er, nachdem er vorher die Operateur-Accoucheur- und Doctorwürde erlangt hatte, die Leitung der Jausaschen Abtheilung des Arbeiterhospitals, um dann 1874 als Oberarzt an die Spitze des Marienhospitals zu treten, welche Stellung er fast 23 Jahre inne hatte. Während seiner langjährigen Praxis soll S., wie die Moskauer Zeitungen zu berichen wissen, gegen 4500 Operationen, darunter mehr als 500 Fisteloperationen, ausgeführt haben. Der Verstorbene, welcher vielfach literärisch thätig gewesen ist, gehörte auch zu den Gründern der Moskauer chirurgischen Gesellschaft, in welcher er auch eine Zeitlang das Präsidium führte. 2) In Alexandropol (Gouvernement Eriwan) der jüngere Arzt des 153. Bakuschen Infanterieregiments Leonhard Markowitz im 36. Lebensjahre. Aus Kurland gebürtig, studirte M. von 1883—1889 an der Dorpater Universität Medicin und wurde nach Erlangung des Arztgrades Militärarzt. 3) Am 13/25. Februar der ausserordentliche Professor der Dermatologie an der Budapester Universität Dr. Ernst Schwimmer im Alter von 61 Jahren. Zu Budapest geboren, widmete er sich dem Studium der Medicin in Wien, wo er auch 1861 zum Doctor promovirte. Unter dem Einflusse Hebra's wandte er sich der Dermatologie zu, welche Disciplin er seit 1871 als Docent und später als Professor an der Universität Budapest vertrat. Als medicinischer Schriftsteller ist er namentlich auf dem Gebiet der Dermatologie sehr fruchtbar gewesen. Für das Ziemssen'schen Sammelwerk hat er die Abschnitte über Blutungen, Anämie und Hyperämie der Haut, sowie über chronische Hautentzündungen bearbeitet. Von ihm stammt auch das erste in ungarischer Sprache geschriebene Lehrbuch der Hautkrankheiten, welches 1874 erschien.

— Der Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Basel, Dr. Roth, hat seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität aufgegeben.

— Auf Veranlassung des preussischen Cultusministers wird der Director der Universitätsaugenklinik in Königsberg Prof. Kuhnt, eine Reise nach Palästina und Egypten antreten um daselbst an Ort und Stelle die contagiösen Augenkrankheiten zu studiren. Veranlassung zu dieser Reise soll, wie wir der «Allg. med. C.-Ztg.» entnehmen, die besorgnisserregende Ausbreitung solcher Erkrankungen, namentlich des Trachoms, in Ostpreussen gegeben haben. — Wie sich unsere Leser erinnern werden, wurde i. J. 1896 der ältere Ordinator des hiesigen Augenhospitals Dr. Th. Germann, zu demselben Zwecke und zugleich zur Organisirung durchführbarer Hülfe gegen die epidemischen Augenkrankheiten in den dortigen Schulen von der hiesigen Kaiserlichen Palästinagesellschaft nach Syrien und Palästina abcommandirt.

— Die Zahl der in Moskau freipracticirenden, sowie der in Kliniken, Hospitälern, Heilanstalten und bei der Stadtverwaltung angestellten Aerzte beträgt nach einer Moskauer Zeitung gegenwärtig ca. 1200, wobei die weiblichen Aerzte mitgerechnet sind, deren es in Moskau ca. 35 giebt.

— An der Helsingforser Universität sind in diesem Semester 213[1] Studirende immatriculirt, von denen 200 der medicinischen Facultät angehören.

— Die für das laufende Jahr bei der militär-medicinischen Academie eingesetzte Prüfungscommission zur Erlangung des Aerztegrades beginnt am 24. April ihre Thätigkeit. Die Examina finden an zwei Terminen statt: vom 24. April bis zum 16. Mai und vom 7. September bis zum 7. November. Anmeldungen zum Examen sind vom 13—18. April auf den Namen des Präsidenten der Prüfungscommission einzureichen. Jeder Examinand hat zum Besten der Mitglieder der Prüfungscommission 20 Rbl. einzuzahlen. Ausländische Aerzte haben ausser ihrem Doctordiplom das Maturitätszeugniss beizubringen, und zwar, falls sie russische Unterthanen sind, von einem russischen Gymnasium.

— Am 17. Februar verstrab in Jurjew (Dorpat) nach längerer schwerer Krankheit der ehemalige Gelehrte Apotheker am dortigen pharmaceutischen Institut, Mag. pharm. Emil Masing, im 59. Lebensjahr.

— Von dem früheren Dorpater Professor der Pharmakologie Dr. R. Kobert sind, wie die «Nordlivl. Ztg». mittheilt, neuerdings eine neue Serie wissenschaftlicher Arbeiten herausgegeben worden, die von Freunden und Schülern des Herausgebers stammen und dem Andenken Dr. Herm. Brehmer's, des Begründers der jetzigen Behandlungsmethode der Schwindsucht, gewidmet sind. Sie sollen einerseits davon Kunde geben, dass in Görbersdorf der wissenschaftliche Geist, welchen Brehmer z. B. durch Begründung eines bacteriologischen und eines meteorologischen Instituts zu pflegen sich die grösste Mühe gab, nicht erloschen ist. Andererseits sollte sie die leider unterbrochene Reihe der einst in Dorpat von Prof. Kobert herausgegebenen «Arbeiten» und «Historischen Studien» abschliessen und bis zum gewissen Grade nach anderer Richtung hin fortsetzen.

Die von Prof. Kobert herausgegebenen «Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat», welche in den Jahren 1886—96 dort entstanden sind und nunmehr zum Abschluss haben gelangen müssen, umfassen nicht weniger als 14 Bände.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Febr. d. J. 8605 (271 mehr als in d. Vorw.), darunter 1043 Typhus — (1 mehr). 868 Syphilis — (28 wen.), 180 Scharlach — (14 mehr) 188 Diphtherie — (4 wen.), 37 Masern — (3 wen.), und 43, Pockenkranke — (1 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. Februar 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
408	304	712	137	52	99	18	20	31	97	57	53	46	44	45	11	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 51. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 11, Scharlach 16, Diphtherie 34. Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 34. Erysipelas 2, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 58. Todtgeborene 36.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 3. März 1898.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. März 1898.

Дозв. ценз. Спб. 28 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 6. (18.) März 1898

Ueber Pernausche Schlamm- und Moorbäder.

Von

Dr. Behse-Pernau.

(Vortrag, gehalten auf dem IX. Livl. Aerztetage zu Pernau).

M. H. Wiederholt ist an uns auch von ärztlicher Seite die Frage gestellt worden nach der chemischen Zusammensetzung unseres Schlammes und Moores, die wir aber auch heute noch nicht vollständig beantworten können. Von unserer Moorerde existirt noch keine Analyse; von dem Schlamm kann ich Ihnen aber nachstehende Analyse vorlegen, die zum Vergleich mit einer Analyse des Arensburger Schlammes zusammengestellt ist:

Analyse der Trocken-Substanzen des Schlammes.

	Pernau ‰	Arensburg ‰
Schwefelwasserstoff	Spur	0,83
Kohlensäure	—	0,15
Organische Substanzen	80,38	36,66
Schwefelammonium	—	0,30
Schwefelsauren Kalk	0,25	2,83
Chlorkalium	36,33	6,47
Chlornatrium	12,26	2,43
Schwefelcalcium	—	0,40
Schwefeleisen	5,04	42,01
Eisenoxyd und Thonerde	73,97	—
Kohlensauren Kalk	86,39	24,19
Kohlensaure Magnesia	9,62	—
Phosphorsaure Magnesia	3,01	0,03
Chlormagnesium	18,16	3,97
Silicate	674,59	879,13
	1000,00	1000,00

Unser Schlamm stellt frisch eine schwärzlich graue, breiige Masse dar; wird er getrocknet, so unterscheidet er sich bei flüchtiger Betrachtung kaum von Töpfer-Lehm. Im Wesentlichen scheint unser Schlamm einen Lehm- und Kalkbrei darzustellen. Durch organische Substanzen pflanzlichen Ursprungs werden die erdigen Theile, wenn man sich so ausdrücken darf, in Emulsion erhalten. Vergleichen wir die Analysen der Trockensubstanzen des Pernauschen und Arensburger Schlammes, (auf den Wassergehalt kommt es ja nicht an) so sehen wir, dass unser Schlamm bei weitem mehr Eisenoxyd und Thonerde und kohlensauren Kalk enthält als der Arensburger, auch ist er reicher an organischer Substanz und an Chlormetallen und Erden, während der Arensburger Schlamm mehr Silicate, bedeutend mehr Schwefel-Eisen und verhältnissmässig viel Schwefelwasserstoff enthält, von welchem letzteren im Pernauschen nur Spuren vorhanden sind.

Wenn ich Ihnen nun aber sagen sollte, welche von diesen Stoffen ich für wesentlich halte im Hinblick auf den Heilwerth der Bäder und welche für unwesentlich, oder gar schädlich — und weiter, welchem Schlamme ich den Vorzug geben würde, dem Arensburger, oder unserem, so wäre ich in der grössten Verlegenheit und ich glaube auch keiner von Ihnen wäre im Stande mich darüber zu belehren, denn welche chemische Constitution des Schlammes für Bäder geeignet ist und welche sich nicht eignet, ist bis jetzt noch unbekannt.

Es ist mir daher auch viel weniger peinlich, dass ich Ihnen keine Analyse unseres Moores vorlegen kann. denn mit dem Moor verhält es sich gerade so, wie mit dem Schlamme. Wenn uns auch die Resultate einer genauen Analyse vorliegen würden, so wüssten wir fürs Erste doch kaum etwas damit anzufangen.

Die Frage von der chemischen Beschaffenheit unseres Schlammes und Moores, die wir nur unvollständig beantworten konnten, führt uns aber auf eine andere Frage, deren Beantwortung für die Beurtheilung der Wirkungsweise der Mineral-Bäder von der grössten Bedeutung ist:

Können in Wasser gelöste feste und flüchtige Stoffe, können ihm beigemengte flüssige Substanzen aus Bädern von der Haut resorbirt werden und lassen sich so physiologische, respective therapeutische Wirkungen erzielen?

Sehr zahlreich sind die Arbeiten, die zur Beantwortung dieser Frage ausgeführt worden sind, so zahlreich, dass ich sie wohl kaum alle hätte durchlesen können, auch wenn sie mir zugänglich gewesen wären, was nicht der Fall war. Das Facit dieser vielen Untersuchungsreihen, die sich in ihren Resultaten oft strict widersprechen, scheint folgendes zu sein:

In Wasser gelöste, nicht flüchtige Stoffe, die hier in Frage kommen, werden aus Bädern entweder gar nicht resorbirt, oder doch nur unter besonderen Umständen, wenn sie z. B. stark eingerieben werden, oder sehr fein zertheilt, als Spray die Haut mit einiger Gewalt treffen, wie es in den Bains à l'hydrofère geschieht und dann auch nur in so geringer Menge, dass keine Wirkungen zu erwarten sind. Untersuchungen sind gemacht worden mit Kochsalz, Eisensalzen, Jodkali, Sublimat, Schwefelleber, Opium, Morphium, Digitalis u. s. w. Andere Stoffe — Resorcin, Carbolsäure, Salicylsäure, die von der Haut leichter aufgenommen werden können, kommen hier nicht in Betracht, da sie in der Balneotherapie keine Verwendung finden.

Ferner scheint ausgemacht zu sein, dass gasförmige Stoffe von der Haut resorbirt werden können, doch ist es sehr zweifelhaft, ob es in den Bädern, die uns heute hier interessiren, in irgend nennenswerther Quantität geschieht. Würde z. B. Schwefelwasserstoff aus Arensburger Schlammbädern in wirksamer Menge resorbirt werden, so könnte die Wirkung doch nur eine schädliche sein, was aber nicht beobachtet wird. Kohlensäure kann aber aus unseren Schlamm- und Moorbädern schon deshalb nicht aufgenommen werden, weil die Kohlensäure-Spannung im Blute und in der Lymphe jedenfalls eine grössere ist, als im Badewasser.

Müssen wir nach dem Gesagten den Mineral-Bädern jede besondere Wirkung absprechen, müssen wir sagen, dass sie nur die Wirkung gewöhnlicher Bäder haben von derselben Temperatur und Dauer?

Versuchen wir dieser Frage näher zu treten und berücksichtigen wir zunächst das Moorbad:

Von den Moorbädern, die in Form eines mehr, oder weniger dicken Breies angewandt werden, wird übereinstimmend angegeben, dass sie wärmer genommen werden können, als gewöhnliche Bäder, ohne das Nervensystem so zu erregen wie letztere. Braun vergleicht sie mit Thermalbädern in hoher Lage. Kisch sagt: Moorbäder von 39° C. sind noch als indifferent anzusehen. Dass Moorbäder heisser vertragen werden, als gewöhnliche, glaube ich auch bestätigen zu dürfen und erkläre mir die Sache so:

Wegen ihrer geringeren Wärmecapacität geben die einzelnen Theilchen des Moorbades, die mit der Haut in Berührung sind, wenn es sich um heisse Moorbäder handelt, ihre Wärme der Haut rascher ab als heisse Wasserbäder. Sehr bald wird dann die Zuleitung von Wärme zur Haut eine viel geringere als im heissen Wasserbade wegen der Dickflüssigkeit des Moorbades und der mangelhaften Strömung. Sehr bald sitzt der Badende, quasi gehüllt in einen Mantel Hautwarmen Moores im heissen Moorbade, der nur hier und dort bei Bewegungen des Badenden gelüftet wird. Im heissen Wasserbade ist der Vorgang ein anderer: Jedes Wassertheilchen, das mit der Haut in Berührung ist, giebt vermöge seiner grösseren Wärmecapacität der Haut mehr Wärme ab, wird dadurch schwerer, sinkt, macht anderen, heisseren Wassertheilchen Platz und so geht es fort. Es ist klar, dass der Körper des Badenden auf diese Weise viel stärker erhitzt werden muss als im Moorbade. Ebenso folgt aus der geringeren Wärmecapacität und der mangelhaften Strömung, dass kühle Moorbäder dem Körper des Badenden weniger Wärme entziehen werden als Wasserbäder derselben Temperatur.

Es ist dieses nicht nur theoretisch construirt, sondern auch direct beobachtet worden. Jacob fand, dass wärmeentziehende Moorbäder in den ersten 5 Minuten die Haut ebenso abkühlen wie Wasserbäder derselben Temperatur, dass dann aber die Temperatur der Haut wieder steigt und selbst nach viel längerer Zeitdauer die Temperatur der Haut 2—3° C. höher steht als im Wasserbade. Ferner beobachtete er, dass die Temperatur in der Achselhöhle nicht stieg wie bei kühlen Wasserbädern, schliesslich aber auch in der 2—3-fachen Zeit nicht stärker abgekühlt wird wie im Wasserbade und endlich beobachtete er, dass heisse Moorbäder dem Körper in viel längerer Zeit eine gleiche Wärmemenge zuführen, oder ersparen als Wasserbäder derselben Temperatur.

Es leuchtet aber ein, dass wenn damit der Unterschied zwischen der Wirkungsweise der Moor- und gewöhnlichen Bäder erschöpft wäre, man mit demselben Effect anstatt heisser Moorbäder weniger heisse Wasserbäder und an Stelle kühler Moorbäder etwas höher temperirte, gewöhnliche Bäder anwenden könnte.

Wenn weiter darauf hingewiesen wurde, dass der höhere Druck der Moorbäder zum therapeutischen Effect beitragen könnte, indem das Blut zuerst aus den Hautcapillaren verdrängt würde und dann mit um so grösserer Kraft zur Haut zurückströmen müsste, so kann ich mich damit nicht einverstanden erklären, wenigstens so weit unser Moor in Betracht kommt: ein Wedro Moorbrei aus einem Bade dickster Consistenz wiegt bei uns nur wenige Solotnik mehr als ein Wedro Meerwasser derselben Temperatur. Von einer besonderen Druckwirkung unserer Moorbäder kann also meiner Ansicht nach keine Rede sein.

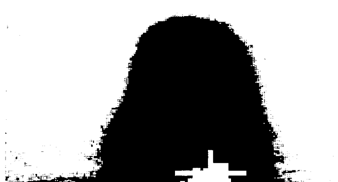
Eher kann man zugeben, dass bei Bewegungen des Badenden in der breiigen Moormasse eine Art Massage der Haut, eine Frictionswirkung hervorgerufen wird, die möglicherweise ein therapeutisches Agens darstellen kann, indem die Haut mechanisch gereizt und dadurch die Circulation in derselben beschleunigt werden könnte.

Ferner wird ziemlich allgemein angenommen, dass die Moorbäder hautreizend wirken, nicht nur durch ihren thermischen und mechanischen Reiz, sondern auch durch chemische Einwirkung; Schwefelsäure, Kohlensäure, Ameisensäure, flüchtige organische, kampherähnliche Verbindungen hat man hier verantwortlich gemacht. Durch den chemischen Reiz würde sich der Umstand erklären, dass bei kühlen Moorbädern die Temperatur des Badenden im Inneren sinkt und in der Haut, nach kurzer Abkühlung, steigt und dass diese Steigerung der Hauttemperatur noch längere Zeit nach dem Bade anhält. Die Fluxion zur Haut muss aber in den tieferen Schichten derselben, im Unterhautzellgewebe ihren Sitz haben; denn roth und turgescirend ist die Haut nach einem Moorbade nicht.

Auf Puls, Blutdruck, Respiration und Stoffwechsel scheinen die Moorbäder keinen wesentlich anderen Einfluss auszuüben als gewöhnliche Wasserbäder; nur meint Julius Glax, dass niedrige Temperaturen der Moorbäder in dieser Beziehung so wirken, wie etwas höher temperirte gewöhnliche Bäder.

Schliesslich wollen wir einfach erwähnen, dass man von einer desinficirenden, pilztödtenden und electrischen Wirkung der Moorbäder gesprochen hat.

Fassen wir das Gesagte noch einmal kurz zusammen, so können wir sagen: Moorbäder sind hautreizende Bäder, welche die Körperwärme des Badenden weniger beeinflussen als gewöhnliche Bäder derselben Temperatur. Durch Bewegungen der Badenden in der breiigen Masse mag eine Frictionswirkung, ein mechanischer Reiz zum chemischen hinzukommen. Auf Puls, Blutdruck, Respiration und Stoffwechsel scheinen die Moorbäder keinen wesentlich anderen Einfluss auszuüben als gewöhnliche



Bäder; nur soll in dieser Beziehung eine niedrigere Temperatur der Moorbäder einer etwas höheren Temperatur einfacher Bäder entsprechen.

Wenden wir uns jetzt zu den Schlammbädern.

Dieselben werden in sehr verschiedener Weise angewandt.

In Italien (Abano Acqui Battaglia) wird der Schlamm auf einzelne Körpertheile, oder auf den ganzen Körper direct aufgetragen in einer Schicht von 6 cm. Es wird ein Leintuch auf eine Matratze gebreitet, dasselbe mit einer Schicht heissen Schlammes bedeckt, der Kranke legt sich darauf, dann wird auch die vordere Körperfläche mit einer Schlammschicht bedeckt, dann das Laken herumgewickelt und so liegt der Patient noch mit wollenen Decken umhüllt, ½ Stunde; dann kommt er in ein warmes Bett und schwitzt dort noch eine halbe Stunde. Der Schlamm wird sehr heiss angewandt — 51—52° C. In Pistyan wird der Schlamm local als Umschlag in Leinwandsäcken auch sehr heiss angewendet.

Im Süden Russlands wird der Kranke auf eine Schicht Schlamm, auf ein sogenanntes Medaillon gelegt und mit Schlamm mehr oder weniger stark bedeckt, der Schlamm wird auch sehr heiss benutzt; an der Oberfläche ist er gewöhnlich 52° C., im Inneren 10° weniger. Wannenbäder mit Schlamm werden 41—43° C. warm gemacht. Zum Schlamm wird Salzlauge zugesetzt.

Am Plattensee in Ungarn, in Norwegen und Schweden werden vorwiegend Schlammeinreibungen benutzt, verbunden mit Warmwasser-Uebergiessungen, Massage, Peitschen mit Birkenruthen, Douchen. Bei uns und in Arensburg giebt man Vollbäder mit 10 bis 60 Stof Schlamm und Schlammcompressen. Zu den Schlammvollbädern wird oft Salz hinzugesetzt; ich thue es immer. Mit der Temperatur steigt man bei uns in Vollbädern nicht über 35° C. Die Schlammcompressen werden heisser angewandt. (Bei uns steht der Anwendung dicker, breiiger Schlammbäder der verhältnissmässig hohe Preis des Schlammes entgegen. Ein Stof Schlamm kostet 1 Kopeken. Ein Vollbad würde gegen 2 Rbl. kosten und billiger können wir den Schlamm nicht abgeben, der Transport kostet uns soviel).

Es ist a priori klar, dass die Wirkung der Schlammbäder, je nach der Art ihrer Anwendung eine verschiedene sein muss. Während z. B. bei der schwedisch-norwegischen Methode ein starker mechanischer Reiz auf die Haut ausgeübt wird durch Reiben und Kneten mit dem Schlamm, der massenhaft scharfe Diatomeen-Panzer enthält, während im Süden Russlands und in Italien die Haut durch auffallend hohe Temperaturen gereizt wird, wozu in Russland noch der chemische Reiz der Mutterlauge kommt, so bemerkt man bei unseren und den Arensburger Schlamm-Vollbädern, wenn kein Salz, oder nur wenig Salz hinzugesetzt wird, keinen besonderen Hautreiz, auch benutzt man keine sehr hohen Temperaturen.

Ich habe die Vermuthung aussprechen hören, dass der Schlamm die Wärme besser d. h. intensiver auf die Haut des Badenden überträgt, als gewöhnliches Wasser derselben Temperatur. Dem muss ich aber widersprechen. Wie schon erwähnt, kommen in Italien und im Süden Russlands Temperaturen zur Anwendung (52° C.) und werden längere Zeit ertragen, die im Warmwasserbade garnicht ausgehalten werden könnten. Wasserbäder von 41—43° C. werden nur von starken Leuten und nur 5—10 Minuten ertragen, ein Localbad von 47—48° C. konnte nach Masso und Patrizi nur 5 Minuten ausgehalten werden, selbst wenn das Wasser allmählich erwärmt wurde. Dass so hohe Temperaturen bei Schlammbädern vertragen werden, erklärt sich wohl auch nur durch die geringere specifische Wärme und die schlechte Wärmeleitung des Schlammes und die fehlende Strömung bei breiigen Bädern, gerade wie beim Moorbade.

Was den Einfluss der breiigen Schlammbäder auf Puls, Blutdruck, die Athmung und den Stoffwechsel anbetrifft, so unterscheidet sich die Wirkung der Schlammbäder nicht wesentlich von der gewöhnlich warmer und heisser Bäder. Nach den Beobachtungen von Motschutkowsky, Koretzki und Troitzki bei Schlammbädern von 34—41° C. werden die Pulsfrequenz und der Blutdruck anfänglich erhöht, sinken aber dann; die Athemfrequenz wird erhöht: Die Körperwärme steigt, wenn das Bad längere Zeit dauert um 1—3 Grad Celsius. Das Körpergewicht wird durch häufige Schlammbäder herabgesetzt; die Harnmenge wird vermindert, das specifische Gewicht des Harnes erhöht. Die ausgeschiedene Stickstoffmenge ist zuerst unter normal, bei längerem Bädergebrauch aber vermehrt. Die Schwefel- und Phosphorsäureausscheidung ist geringer als normal.

Die flüssigen Schlammbäder, wie man sie hier und in Arensburg anwendet, werden wohl in der Wärmeentziehung oder der Wärmezufuhr keinen grossen Unterschied wahrnehmen lassen im Gegensatz zu einfachen Wasserbädern. Zur Begründung dieser aus theoretischen Erwägungen hervorgegangenen Vermuthung wollte ich bei Schlammbädern verschiedener Consistenz ähnliche Untersuchungen anstellen, wie Jacob sie bei Moorbädern gemacht hat, um auch die Einwirkung auf die Temperatur in der Achselhöhle und der Hand zu prüfen im Vergleich zu Wasserbädern derselben Temperatur. Doch ist es mir in diesem Jahre aus äusseren Gründen noch nicht möglich gewesen diese Arbeit vorzunehmen.

Kehren wir jetzt zu der früher aufgestellten Frage zurück, die wir so formulirt hatten:

Müssen wir Moor- und Schlammbädern jede besondere Wirkung absprechen, müssen wir sagen, dass sie nur die Wirkung gewöhnlicher Bäder haben derselben Temperatur und Dauer.

Aus dem Besprochenen ergiebt sich, dass die Moor- und Schlammbäder doch manches Besondere darbieten, was sie von den einfachen Bädern unterscheidet und dass diese Eigenthümlichkeiten vorwiegend auf geringere specifische Wärme des Moores und Schlammes, auf schlechtem Wärmeleitungsvermögen dieser Stoffe und auf Hautreize zu beziehen sind. Die locale Application feuchter Wärme kann sehr bequem durch Schlamm- oder Moorcompressen ausgeführt werden, auch lässt sich manches aus den besprochenen Eigenschaften der Moor- und Schlammbäder für die Praxis ableiten, z. B. werden wir Moorbäder geben, wenn wir hautreizende Bäder recht langdauernd anwenden wollen, ohne dass die Körperwärme alterirt werden soll. Aber ich nehme keinen Anstand zu sagen, dass unsere Kenntnisse von der Wirkungsweise der Schlamm- und Moorbäder noch nicht so vollständig sind, um feste, auf die physiologische Wirkungsweise derselben sich gründende Indicationen für ihre Anwendung aufzustellen. Für's Erste hat die empirische klinische Beobachtung noch das letzte Wort.

Um aber von klinischen Erfahrungen zu reden, dazu ist unser Krankenmaterial bis jetzt zu klein gewesen. Wenn es aber erlaubt ist auch aus wenigen Fällen die empfangenen Eindrücke wiederzugeben, so haben sich mir Moorbäder bewährt bei chronischem Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans den Residuen von Parametritis und bei Ischias. Schlammbäder mit Salz habe ich angewandt mit Erfolg bei denselben Krankheiten, bei Scrophulose, chronischem Muskelrheumatismus und Anämie verbunden mit Fettentwickelung.

Um zum Schlusse noch eine bei uns strittige Frage der Badetechnik zu berühren, so empfiehlt es sich meiner Ansicht nach beim Einsteigen in ein heisses Moorbad eine kalte Compresse auf den Kopf zu legen; denn zuerst ziehen sich durch den starken Hitzereiz die Hautgefässe zusammen, der Blutdruck steigt und es entsteht

leicht eine starke Congestion zum Kopfe, der durch die kalte Kopfcompresse entgegengewirkt werden soll; doch darf der Umschlag nicht erneuert werden, denn bald sinkt der Blutdruck im Gehirn, indem das Blut stärker zur Peripherie geleitet wird. Der inzwischen warm gewordene Umschlag auf dem Kopfe schützt jetzt vor zu starker Anämie des Gehirns.

Referate.

Prof. Dr. Hugo Ribbert: Ueber Rückbildung an Zellen und Geweben und über die Entstehung der Geschwülste Mit 3 Tafeln. Heft 9 der Abtheilung C der Bibliotheca Medica. Stuttgart. Verlag von Ervin Nägele. 1897.

Ueber Rückbildung an Zellen und Geweben: Dass eine Metaplasie, die Umwandlung einer Zellart in eine andere vorkommt, muss angenommen werden, wenngleich sie selten und zwar nur unter pathologischen Bedingungen und unter nahe verwandten Zellen vorkommt und mit Sicherheit auf ihr Eintreten unter sonst gleichen Umständen nicht gerechnet werden kann. Manigfache Studien, die Verfasser und andere Autoren gemacht haben, haben gezeigt, dass, wenn eine Umwandlung eintritt, die normale Differenzirung Form und functionelle Beschaffenheit der Zelle verloren geht, und an deren Stelle ein indifferenter Zustand eintritt, die Zelle also auf einen früheren Entwickelungszustand zurückgeführt wird, welchen sie im Verlauf der Embryonalgenese schon einmal besessen hat. Ob alle Zellarten fähig sind unter veränderten Lebensbedingungen ihre specifischen Eigenschaften zu reduciren, lässt sich wegen mangelnder Beobachtungen nicht entscheiden, jedenfalls sind nicht alle Zellen gleich geneigt die Umwandlung einzugehen. Am ausgesprochensten sind alle Rückbildungserscheinungen in den Geschwülsten, weil in ihnen die Wachsthumsbedingungen der Zellen am ausgiebigsten geändert sind. Die Entdifferenzirung geht jedoch nur bis zu einem Verluste der Eigenschaften, die die letzte Entwicklungsstufe charakterisiren, die Zellen kehren nur «bis zur nächsten Winkelstelle» d. h. bis zu der Stufe zurück, von der sie sich abzweigten.

Im folgenden Abschnitte giebt Verf. eine kurze historische Uebersicht der einzelnen Ansichten über die Entstehung derselben aus Theilen, die bis dahin den Geweben in normaler Weise eingefügt waren. Das Wachsthum des Plattenepithelkrebses, des Schleimhautkrebses und das Verhalten des angrenzenden normalen Epithels, das Wachsthum des Sarcoms und anderer Tumoren und die morphologischen und biologischen Veränderungen der Tumorzellen werden einer eingehenderen Betrachtung unterzogen. Darauf geht Verfasser über auf die Entstehung der Geschwülste aus Geschwulsttheilen, welche intra- oder extrauterin verlagert wurden. Es werden alle Geschwulstarten in höchst interessanter Weise besprochen und experimentelle Untersuchungen Verfassers und anderer Autoren angeführt, die die Frage zu beantworten suchen, ob mit Ausnahme des eine besondere Stellung einnehmenden Carcinoms — es noch Geschwülste giebt, deren Genese aus Keimverirrung nicht schon bereits nachgewiesen ist oder voraussichtlich noch wird geliefert werden können.

Das Carcinom entsteht nach der bisher allgemein gebräuchlichen Annahme durch directes Hineinwachsen des in seiner Wachsthumsenergie gesteigerten Epithels in das Bindegewebe. Doch dabei muss vorausgesetzt werden, dass die Epithelien nicht nur von dem übrigen Epithel abgelöst, sondern zugleich aus dem normalen Zusammenhang mit dem Bindegewebe getrennt werden. Für eine Verlagerung des Epithels in das Bindegewebe können 3 Möglichkeiten vorliegen: 1) Keimverlagerung während des foetalen Lebens, 2) traumatische Momente, 3) primäre Bindegewebswucherung, nach Verfassers Ansicht die häufigsten Fälle. Doch wie entsteht aus der Neubildung ein Carcinom? Dafür giebt Verf 3 Möglichkeiten an: 1) Die andauernde subepitheliale Bindegewebswucherung führt zu einem Eindringen bindegewebiger Elemente in das Epithel, dessen Zellen auseinandergedrängt, isolirt und abgesprengt werden, die in die Bindesubstanz metastasirenden Zellen gerathen in selbstständiges Wachsthum und erzeugen Carcinom. 2) Eine Epithelabsprengung kann dadurch erfolgen, dass bei dem einleitenden papillären Wachsthum des Bindegewebes eine derartige Dehnung der Epithelleisten vor sich geht, dass ihre untersten Enden schliesslich aus ihrer Verbindung abgelöst werden, und so wirkliche Epithelzapfen entstehen. 3) Die oft sehr breite Wucherung des Bindegewebes hebt den Nervenzusammenhang auf, der untere Abschnitt des Epithelzapfens wird ganz aus dem normalen Verbande gelöst und rückt nicht aus der Tiefe gegen die Hornschicht auf, wie es normaler Weise geschieht. Passt sich das getrennte Epithel den neuen Bedingungen an, so liegt die Möglichkeit vor, dass es in krebsige Wucherung gerathen kann.

Die zum Schlusse beigefügten 28 Abbildungen sind vorzüglich ausgeführt und tragen in hohem Grade zum Verständniss des Gesagten bei.

Fr. Mühlen.

J. Rosenthal und M. Mendelssohn: Ueber die Leitungsbahnen der Reflexe im Rückenmark und den Ort der Reflexübertragung. Neurologisches Centralblatt, 1897 Nr. 21.

Vielfache Thierversuche über die Hautreflexe «führten übereinstimmend zu dem Ergebniss, dass für das Zustandekommen der Reflexe bei eben ausreichenden Reizen der unversehrte Zusammenhang der sensiblen und motorischen Leitungsbahnen mit den oberen Theilen des Rückenmarks, d. h. dem Abschnitt an und dicht unterhalb der Spitze des calamus scriptorius, unbedingt nothwendig ist». Dieser Abschnitt des R. M. könnte als regio bulbocervicalis bezeichnet werden. «Wird das R. M. an dieser Stelle zerstört, so geben die vorher wirksamen (ausreichenden) Reize keine Reflexe mehr. Man muss ihre Stärke erheblich steigern; dann bahnen sich die Reize einen Weg» durch die kurzen Bahnen quer durch das R. M. von dem sensiblen zum motorischen Neuron; diese kurzen Bahnen bieten wahrscheinlich dem Uebergange der Erregung einen grösseren Widerstand, als die langen Bahnen hinauf in die regio bulbocervicalis, da schwache Reizungen immer nur auf dem Wege der letzteren Reflexe erzeugen. Als wesentlichster Punct dieser vorläufigen Mittheilung ist festzuhalten, dass bei Erkrankungen in den oberen Partien des R. M. die Reflexe ganz oder theilweise ausfallen, während man nach der herrschenden Lehre eher das Gegentheil erwarten sollte. «Die Reflexe kommen nicht mehr zu Stande, weil der Ort, an dem normaler Weise die Reflexübertragung stattfindet, verletzt ist». Die Zahl der klinischen Beobachtungen, welche obige Sätze stützen, ist im Wachsen begriffen. In ihrer ausführlichen Arbeit hoffen die Verf. beweisen zu können, dass für die Sehnenreflexe die gleichen Verhältnisse obwalten.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ewald: Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre. Berlin Verlag von A. Hirschwald 1898. 1088 pag.

Das vielgebrauchte und angesehene Handbuch der Arzneiverordnungslehre hat seine 13. vermehrte Auflage erlebt. In dieser ist zum ersten Mal auch die Pharmacopoea rossica berücksichtigt worden. Das Handbuch wird durch einen allgemeinen Theil (allgemeine Arzneiverordnungslehre) eingeleitet. alsdann folgt die alphabetisch angeordnete Aufzählung sämmtlicher Arzneimittel, wobei im Ganzen 2357 Receptformeln angeführt sind.

Das Ewald'sche Handbuch, dem zur Zeit ein ähnlich ausführliches und erschöpfendes Werk in der Litteratur nicht zur Seite steht, dient als vorzügliches Nachschlagebuch, um sich über die Natur, Herstellung, Verordnungsweise, Kostenpreis etc. eines jeden Arzneimittels zu instruiren. Die modernen Mittel sind nach Möglichkeit mit berücksichtigt und kritisch beleuchtet, ebenso die Organo- und Serumtherapie. Ein alphabetisch geordnetes Rejister, sowie eines nach therapeutischen Gesichtspunkten, erleichtert die Orientirung.

Es wäre überflüssig dem allgemein bekannten Werk, ein Wort der Empfehlung hinzuzufügen.

Lingen.

H. Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. Berlin. Verlag von F. Wreden 1897.

Das vorliegende Lehrbuch des geschätzten Verf's liegt uns in 8 Auflage vor. Diese hat an Text und Einlage von Figuren eine Bereicherung gefunden und nimmt auf die nach dem Erscheinen der letzten Auflage veröffentlichten Errungenschaften und neuen Gesichtspunkte Bezug. Die meisten Capitel haben einer neuen Bearbeitung nicht bedurft, manche dagegen sind erweitert und durch Zusätze vervollkommnet worden, so z. B. der Abschnitt über «Erkrankungen der Tuben», die «Gonorrhoischen Erkrankungen» etc. Das letzte Capitel: «den Frauen eigenthümliche Darmleiden» ist eine Zugabe der 8. Auflage. Hier werden die häufigsten Complicationen von Seiten des Intestinaltractus angeführt. Wenn bei chronischer Obstipation die Kothfüllung allein das Stuhlbedürniss nicht mehr erzeugt, so verordne man nach der Defäcation, nicht vor derselben, mehrere Spülungen mit kaltem Wasser zur Tonisirung der Darmmusculatur, wozu F. ein besonderes «Mastdarmspülrohr» hat construiren lassen. Während erhebt Verf. seine Stimme gegen die Anwendung von Drasticis.

In der neuen Auflage nimmt Verf. einen mehr reservirten Standpunkt der Anwendung der Vaginalfixation gegenüber ein, als früher, wozu die mittlerweile gemachten Erfahrungen geführt haben. dass die Schwangerschaft und Geburt bei vaginafixirtem Uterus zu den schwersten Complicationen führen können. «Deshalb darf man bei Frauen, bei denen Schwangerschaft noch in Frage kommt, die geschilderte Operation (Vaginafixatio) nicht machen».

Im Uebrigen bedarf das vielbewährte Lehrbuch kaum der Befürwortung, — es hat sich durch seine klare Darstellung schon lange als eines der besten Lehrbücher auf dem Gebiet der Gynäcologie einen ausgezeichneten Ruf verschafft.

Lingen.

Das Stottern. Eine Monographie für Aerzte, Pädagogen und Behörden von Dr. med. Hermann Gutzmann. Frankfurt a./M. Verlag von I. Rosenheim. 1898.

Nach den statistischen Erhebungen, welche in den einzelnen Staaten gemacht worden sind, ist das Stottern ein sehr verbreitetes Uebel. Denn es steht fest, dass es mindestens 80000 stotternde Schulkinder im deutschen Reiche giebt; im europäischen Russland soll auf ca. 800 Einwohner ein Stotterer kommen. Trotz dieser grossen Verbreitung des Leidens ist das Wesen desselben, dessen Ursachen und schwere Folgeerscheinungen bis jetzt noch nicht Gemeingut aller Aerzte geworden Die Literatur über das Stottern hat sich zwar in den letzten zehn Jahren in auffallender Weise vermehrt, eine gründliche wissenschaftliche Darstellung des Stotterns lag bisher aber nicht vor. Das kürzlich erschienene Werk von Dr. Gutzmann darf daher als wesentliche Bereicherung der medicinischen Literatur angesehen werden. Zu Beginn desselben giebt Verf. eine sehr ausführliche kritische Geschichte des Stotterns. aus der man am besten lernen kann, durch wie viel Umwege hindurch die einfache Erkennung des Uebels sich hat Bahn brechen müssen. Der zweite Theil enthält einen Grundriss für die Untersuchung des Stotterns. in dem zunächst die Untersuchungsmittel, die Art, wie sie gebraucht werden und darauf die Untersuchungsresultate beim Normalsprechenden sowohl wie beim Stotternden genau beschrieben werden. Auf diesen Abschnitt, der uns ein klares Verständniss über das Wesen der Krankheit giebt, folgt ihre Aetiologie. Statistik und Therapie. Alle Mittel und Wege zur Verhütung des Stotterns im Hause und in der Schule und die Albert Gutzmannsche Methode der Behandlung desselben finden darin eine sehr klare und deutliche Darstellung. Die hochinteressante Monographie, die sich hauptsächlich auf die sehr reiche persönliche Erfahrung des Verf. und seine Untersuchung von über 2000 Stotterern stützt, kann daher nur bestens empfohlen werden.

Sacher.

Lehmann's medicin. Handatlanten. Band VI. Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben von Professor Dr. Franz Mracek in Wien. Mit 71 farbigen Tafeln nach Orginalaquarellen von Maler A. Schmitson und 16 schwarzen Abbildungen. München. Verlag von J. F. Lehmann. 1898. Preis eleg geb. Mk. 14.

Der vorliegende Band der Lehmann'schen medicinischen Atlanten bringt eine Darstellung der häufigsten und praktisch wichtigsten Affectionen auf dem Gebiete der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Das Material zu derselben entstammt, bis auf 5 Fälle, der dem Verfasser unterstehenden Abtheilung des Rudolfspitals zu Wien. Die Abbildungen auf die hier der Hauptwerth gelegt werden muss, sind naturgetreu und instructiv, der denselben beigefügte Text ist klar und verständlich gehalten. In dem Grundriss der Pathologie und Therapie wird dem heutigen Stande der Venerologie in Kürze Rechnung getragen.

Dr. B. Kantorowicz: (Hannover) Ueber den therapeutischen Werth des Alkohols bei acuten Krankheiten. Verlag von Oscar Coblenz. Berlin. 1898 pg 39. Preis M. 1.

Im Verf. dieser kritischen Studie begegnen wir einem äusserst eifrigen Abstinenzler, welcher den Alkohol aus dem Schatze der Arzneimittel vollkommen abgeschafft wissen will. Um dafür wissenschaftliche Belege zu besitzen hat er sowohl die zahlreichen physiologischen Forschungsergebnisse, als auch die klinischen Arbeiten über den therapeutischen Wert des Alkohols bei acuten Krankheiten einer kritischen Würdigung unterzogen. Das Resultat war, dass nur bei vorübergehenden Schwächezuständen des Herzens der Alkohol angewendet zu werden verdient, jedoch keinerlei wirklich überzeugende Beweise dafür erbracht sind, dass er auf die Krankheiten selbst günstig einwirkt. Doch auch diese einzige Indication für die Anwendung des Alkohols möchte Verf. nicht bestehen lassen. Er sei ja als Excitans durchaus nicht unersetzlich, denn neben den vielen eigentlichen excitirenden Mitteln seien zwei vorhanden, die ihm gleich überall leicht zu beschaffen seien, das seien der Kaffee und der Thee, welche K. in viel höherem Masse auch am Krankenbette angewendet wissen will, als es bisher geschiet. Als Beweis dafür, dass der Alkohol auch kein notwendiges Heilmittel ist, erwähnt Verf. die ausgezeichneten Erfolge des im Jahr 1873 gegründeten Londoner Abstinenzkrankenhauses, des Metropolitan-Hospitals, in dem sogar die Tincturen mit Glycerin statt Alkohol zubereitet werden.

Zum Schluss ist der Abhandlung ein recht umfangreiches Litteraturverzeichnis beigefügt. Wer sich mit dieser so wichtigen Frage näher beschäftigen sollte, dem sei diese Studie Kantorowicz's warm empfohlen. Hecker.

Protokolle des IX. Aerztetages. der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Pernau.
4.—6. Juni 1897.

Dritte Sitzung.

Donnerstag den 5. Juni 9 Uhr Vormittags 1897.

1. Dr. Mey-Riga, hält seinen angekündigten Vortrag über den «Scharlach».

Vortragender hat das Material der Infectionsabtheilung des allg. Krankenhauses zu Riga aus den letzten 10 Jahren seiner Arbeit zu Grunde gelegt. In dem genannten Zeitraume wurden im Ganzen 370 Scharlachfälle behandelt. Es starben 73 und zwar zum grössten Theil unter den Erscheinungen einer schweren Vergiftung. Vortragender weist auf das an 4 Fällen beobachtete von Fürbringer und Gumprecht beschriebene «Nachfieber» hin und ist der Meinung, dass diese Erscheinung aetiologisch dem Recidiv am nächsten steht. Bezüglich der Erkrankungen der Rachenorgane und der Lymphdrüsen müsse bemerkt werden, dass erstere in den Fällen die ein charakteristisches Exanthem zeigten sehr selten vermisst wurden. Die Lymphdrüsen waren stets mehr oder weniger am Krankheitsprocesse betheiligt. Die verschiedenen Anginaformen hinsichtlich ihres bacteriellen Ursprunges durch blosse Inspection auseinander zu halten, sei häufig sehr schwierig, woraus sich die praktische Regel ergebe, «dass man sich z. B. auf die Harmlosigkeit der sogen. Angina lacunaris nicht allzufest verlassen kann» (Vierordt). Die scarlatinöse Endocarditis sei nach den Ergebnissen am Sectionstische eine grosse Seltenheit. Vortragender weist ferner auf die häufig sehr schnell zur Ausbildung gelangende Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel im Verlaufe der Scharlachniere hin und mahnt zur täglichen Untersuchung des Herzens. Dem Eintritte der Nephritis könne selbst durch die strengste Diät und durch Bettruhe nicht vorgebeugt werden, sondern ihr Entstehen hänge lediglich vom Charakter der Epidemie ab. Anhaltende Anorexie, während der Nierenentzündung kündigt nicht selten das Auftreten von schweren uraemischen Erscheinungen an In solchen Fällen müssen sofort warme Bäder mit nachfolgender Einpackung und rectale Application von physiologischer Kochsalzlösung zur Anwendung gelangen. Bezüglich der Prognose bei der schweren Intoxication komme in erster Linie der Allgemeinzustand in Betracht und erst in zweiter Linie die Beschaffenheit der Herzthätigkeit. Besonders bei kleinen Kindern sei es häufig sehr schwierig an der Art. radialis über die Energie des Herzens ein klares Urtheil zu gewinnen, da sie durch ihr unruhiges Verhalten die Palpation erheblich erschweren, ja häufig sogar unmöglich machen. In derartigen Krankheitsfällen ist man bei der prognostischen Beurtheilung fast ausschliesslich auf den Allgemeinzustand, kurz auf den ganzen Habitus des Kranken angewiesen.

(Erscheint in extenso im Druck in der Festschrift zur Feier des 75 jährigen Stiftungstages der «Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga»). (Autoreferat).

Discussion.

a) Dr. Fischer-Sagnitz. In Betreff der Prophylaxe der Infectionskrankheiten und in Sonderheit des Scharlaches erlaube ich mir, auf einen modus hinzuweisen, der sich meiner Ansicht nach auf dem Lande gut bewährt. Wenn in einer Gegend eine Epidemie ausbricht, so mache ich überall davon Mittheilung und bezeichne namentlich die Familien und die Häuser, welche Krankheitsfälle aufweisen. Die Nachbarsleute sind für diese Belehrungen dankbar und vermeiden den Umgang mit den namhaft gemachten Familien. Es gelingt auf diese Weise, die Knechtsbevölkerung der Güter, die sich Infectionskrankheiten gegenüber in einer besonders ungünstigen Lage befinden bei Ausbruch einer Epidemie zu schützen. So erlebte ich in diesem Jahre auf meinem Hofe keinen einzigen Fall von Scharlach, obwohl auf einer Entfernung von nur $1^1/_2$ Werst der Scharlach wüthete.

Was die Behandlung der Scharlach-Nephritis betrifft, so kann ich nur aufs angelegentlichste das Schwitzbett empfeh-

len, welches Prof. Dehio seinerzeit hier auf dem Aerztetage demonstrirte. (cf. St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 44. 1895). Heisse Bäder sind in einer Bauerwohnung unmöglich durchzuführen, während das Schwitzbett sich ohne Schwierigkeiten anwenden lässt. Es ist nur nöthig ein Paar Stearinlichte unter den Apparat zu stellen und denselben zu erwärmen. Bei dieser Behandlung schwinden die Schwellungen in kurzer Zeit und die Nephritis heilt. Eine besondere Vorsicht scheint bei den Kranken geboten, welche zu Haemoptoe neigen. In solchen Fällen sind warme Einpackungen mehr zu empfehlen. Nephritis sah ich in diesem Jahre sehr häufig. da viele Erwachsene an Scharlach erkrankten und den Arzt wegen der Nephritissymptome aufsuchten.

b) Dr. Eltzberg-Salisburg. Ich habe seit dem November 1896 bis zum Mai 1897 gegen 300 Scharlachfälle behandelt, und unter denselben mehrere Scharlachnephritiden mit fieberhaftem Verlaufe beobachtet. In diesem Falle muss man sowohl die heissen Bäder, als auch den Schwitzkasten sehr vorsichtig anwenden, da während dieser Proceduren Todesfälle eintreten.

c) Dr. Mey-Riga. Ich möchte den Herrn Vorredner fragen, ob er häufig Temperatursteigerungen als Begleiterscheinung der Scharlachnephritis beobachtet hat? Nach den Beobachtungen und Erfahrungen, wie sie mir zu Gebote stehen, beginnt die Nephritis gewöhnlich nur mit einer erhöhten Temperatur, um alsdann fieberlos zu verlaufen.

d) Dr. Eltzberg-Salisburg. Ich kann keine genaueren Angaben darüber machen, aber ich habe bei der Untersuchung dieser Kranken Coccenbefunde im Urin verzeichnen können.

e) Dr. Apping-Wolmar. Seit Jahren verfolge ich mit besonderer Aufmerksamkeit die Nephritis, wie sich dieselbe im Verlaufe des Scharlaches entwickelt. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass die Bettruhe und die Milchdiät einen ausserordentlich prophylactischen Einfluss ausüben und oft im Stande sind eine Nephritis zu verhindern. Wir beobachten, dass Brustkinder niemals an Nephritis erkranken, was doch darauf hinweist, dass bei der Entstehung einer Nephritis wahrscheinlich das diätetische und hygieinische Verhalten der Kranken maassgebend ist. Daher befolge ich das Princip, jeden Scharlachfall mit Bettruhe und Milchdiät zu behandeln.

f) Prof. Dehio. Ich kann mich dem Herrn Collegen Apping nur anschliessen. Ich bin gleichfalls der Ansicht, dass die Milchdiät und die Bettruhe, wohl im Stande sind die Scharlachnephritis zu verhüten, wenn diese Maassnahmen noch nach dem Abklingen des Scharlachfiebers angewandt werden. Es hat mir immer so geschienen, als ob die Kinder, die mit Scharlachnephritis in die Hospitäler aufgenommen werden vor dem Ausbruch derselben nicht mit genügender Vorsicht behandelt worden waren, denn man sieht in den Krankenhäusern, dass die Nephritis bei genügender Bettbehandlung und bei einer strengen Milchdiät nicht eintritt. Ob die statistischen Beobachtungen Jürgensens zu Recht bestehen, weiss ich nicht, aber die klinische Beobachtung spricht jedenfalls für die Milchdiät.

Was die Lymphdrüsenerkrankungen anbetrifft, so glaube ich nicht, dass dieselben von Contagionen der Scarlatina abhängen, sondern durch Streptococcen-Invasionen bedingt sind. Die Drüsenaffectionen sind m. E. nicht auf das Scharlachgift zurückzuführen, die Nephritis dagegen ist entschieden auf dasselbe zu beziehen.

g) Dr. Poorten-Riga. Wie die Ausführungen des Collegen Mey ergeben, so wird im Verlaufe des Scharlachs das Herz häufig betroffen und verlangt eine stete Aufmerksamkeit. Ich glaube daher dass der Gebrauch des Schwitzbettes, wie Herr Dr. Fischer es vorschlug doch nicht der bäuerlichen Bevölkerung überlassen werden dürfte, da während einer derartigen Cur wenigstens in den ersten Tagen der Nephritis eine stete Beaufsichtigung von Seiten des Arztes nothwendig ist.

h) Dr. Fischer-Sagnitz. In den Fällen, in welchen das Schwitzbett den Patienten selbst überlassen wurde, geschah die Erwärmung immer sehr vorsichtig durch Stearinlichte. Ich habe bei einer derartigen Behandlung weder Todesfälle, noch üble Zufälle, wie Herzschwäche etc. beobachtet.

i) Dr. O. Klemm-Riga. Die Nephritis scarlatinosa wird durch die Milchdiät fraglos günstig beeinflusst. Man beobachtet häufig, dass ein zu frühzeitiger Uebergang zur Fleischkost, eine Verschlimmerung der Erscheinungen bewirkt, welche sofort schwinden, wenn man den Kranken wieder auf eine Milchdiät setzt. Die rigorose Durchführung der Milchdiät ist nur in den seltenen Fällen von Nierenaffectionen unnütz, in denen im Anschluss an den Scharlach die sog. «cyclische Albuminurie» eintritt. Diese «cyclische Albuminurie» wird durch gemischte Kost besser beeinflusst, da sie nicht von einem entzündlichen Vorgange abhängt. — In Betreff der Verwendung des Schwitzbettes möchte ich den Herrn Collegen Fischer fragen, wie alt war das jüngste Kind, welches er im Schwitzbett behandelte?

k) Dr. Fischer-Sagnitz. Jüngere Kinder unter 3—4 Jahren lasse ich nur Bäder brauchen.

l) Dr. Klemm-Riga. Man kann das Dehio'sche Schwitzbett durch ein Pappdach noch vereinfachen und billiger herstellen.

m) Prof. Dehio. Eichhorst empfiehlt das Schwitzbett in dieser modificirten Form und bildet es in seinem bekannten Lehrbuch ab.

n) Dr. Kussmanow-Rappel. Herr Prof. Dehio meinte, dass die bösartigen Drüsenaffectionen im Verlaufe des Scharlachs auf die Invasion von Streptococcen und Staphylococcen zurückzuführen wären. Man beobachtet aber diese Drüsenaffectionen oft schon im Beginne des Scharlachs zu einer Zeit in welcher die Rachenaffectionen fehlen, so dass ich doch geneigt bin, diese Affectionen auf eine direkte Giftwirkung zurückzuführen. Ich nehme an, dass diese Affectionen zugleich mit dem Contagium von Patient auf Patient übertragen werden.

o) Dr. Mey-Riga. Die Abwesenheit von Auflagerungen im Rachen bei gleichzeitigem Bestehen von Halsdrüsenaffectionen beweist nichts gegen eine Invasion von Microben, Streptococcen etc.

p) Dr. Poorten-Riga. Ich möchte Herrn Dr. Fischer fragen, ob die Nephritisfälle unter der Schwitzbettbehandlung ausheilen oder ob doch späterhin Herzkrankheiten bei den Patienten, die so behandelt wurden angetroffen werden.

q) Dr. Fischer-Sagnitz. Diese Frage lässt sich so ohne weiteres gar nicht beantworten, ich wiederhole nur, dass im Verlaufe der Behandlung der Nephritis mit dem Schwitzbette keinerlei üble Zufälle von Seiten des Herzens beobachtet wurden.

r) Dr. Koppe-Pernau. Es kommt sehr darauf an, ob man die Erwärmung des Kranken allmählich oder plötzlich vornimmt. Ein heisses Bad kann Personen, die nicht daran gewöhnt sind schaden, während die allmählich zunehmende Wärme den Kranken nützt. Ich glaube dass Schwitzbäder in der That fürs Landvolk eine Gefahr bedingen, da sie zu heiss genommen werden können. Der von Prof. Dehio construirte Apparat gestattet dagegen eine allmähliche Erwärmung, und ist daher bei der Behandlung des Landvolkes durchaus zu empfehlen.

s) Dr. Wagner-Zabeln. Ich möchte mich dagegen aussprechen Scharlachkinder unter allen Umständen 4 wochenlang im Bette zu halten. Warum soll man im übrigen gesunde Kinder, die unter günstigen hygieinischen Verhältnissen leben die Luft entziehen und sie ans Bett fesseln. Mir scheint diese Behandlungsart zu rigoros und ich glaube, dass diese Massregel trotzdem die Nephritis nicht im Stande ist zu verhindern.

t) Dr. Apping-Wolmar. Mir erscheint diese Massregel doch nicht so rigoros, wie Herr College Wagner meint. Ich gebe übrigens zu, dass jeder Arzt gewisse Methoden vorzieht und sozusagen mit Lieblingsmethoden arbeitet. M. E. ist es gerade die Bewegung, die ich vermeiden will, da die Ursache der Nephritis möglicherweise mit einer zu frühen Bewegung zusammenhängt. Da man nie vorher bestimmen kann, ob die Nephritis eintritt oder nicht, so ist eine Vorsicht unter allen Umständen geboten.

2. Dr. Trey hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die immunisirende Behandlung der Lungentuberculose**». (Erscheint in der St. Petersburger medic. Wochenschrift).

3. **Bericht über den in Petersburg vom 15—22 Januar 1897 stattgehabten Congress behufs Bekämpfung der Syphilis in Russland** abgestattet von Dr. H. Truhart als Delegirtem der Gesellschaft livländischer Aerzte.

M. H. Die Frage des Kampfes gegen die Lues und die zu diesem Zwecke speciell für das Livländische Gouvernement zu ergreifenden Maassnahmen gelangte, wie Ihnen ja wohl bekannt, nach eingehender Verarbeitung des complicirten Stoffes auf den ad hoc vom Aerztetage gewählten Specialcommissionen im Jahre 1895 auf unserer Aerzteversammlung zu Wenden allendlich zur Schluss-Berathung und zur Schluss-Abstimmung.

Trotzdem nahm unser Verein damals zunächst Abstand davon, den gesammten Entwurf, mitinbegriffen die einzelnen administrativen und legislativen, zu wirksamem Kampfe gegen die Syphilis erforderlichen, Reformvorschläge der Livländischen Medicinalverwaltung zu unterbreiten und zwar aus folgenden beiden Gründen:

1) weil von Seiten der Staatsregierung, ohne dass solches früher bekannt war, für das nächstfolgende Jahr 1896 in Petersburg ein allgemeiner Congress in Aussicht genommen worden war, welcher die Aufgabe haben sollte, für das ganze Russische Reich gültige Kampfesmaassregeln gegen die Lues und die venerischen Krankheiten in Berathung zu ziehen und

2) weil die Gesellschaft livländischer Aerzte vom Medicinal-Departement auf ebendemselben Aerztetage die Aufforderung erhalten hatte, nicht nur repräsentativ sich an jenem Con-



gresse zu betheiligen, sondern zuvor auch von sich aus nach einem vom Medicinal-Departement entworfenen Programm einen Plan des Kampfes gegen die Weiterverbreitung der Syphilis im Reich auszuarbeiten und vorstellig zu machen.

Mit letzterer Aufgabe wurde eine von Ihnen 1895 gewählte Commission, bestehend aus den Collegen Dr. W. Zoege von Manteuffel, Dr. Chr. Ströhmberg und mir, betraut. Der von dieser Commission in Grundlage der auf den livländischen Aerztetagen gefassten Beschlüsse ausgearbeitete Entwurf wurde dem Medicinal-Departement eingereicht und im Anfang des Jahres 1896 in der «Petersburger Medic. Wochenschrift» publicirt, die Separatabzüge dieser Arbeit überdies im vorigen Jahre unter den Theilnehmern des damaligen Aerztetages vertheilt; ich kann mithin, den Inhalt der letzteren als bekannt voraussetzend, von einem Referat über dieselbe hier Abstand nehmen. Wohl aber liegt mir, als dem von Ihnen erwählten Delegirten des Aerztetages die Pflicht ob, über den Verlauf und die Resultate des Petersburger Syphilis-Congresses, wenn auch nur in möglichster Kürze Bericht abzustatten.

Der Congress, welcher in seinen Vormittags- und Abend-Sitzungen insgesammt 8 Tage, man kann wohl sagen rastlos angespannter Arbeit in Anspruch nahm, wurde am 15. Januar dieses Jahres feierlichst in Gegenwart von über 400 Theilnehmern von Sr. Hohen Excellenz dem Herrn Minister des Innern Goremykin eröffnet. Es hatten sich zu dieser imposanten Versammlung, die in dem grossen Saale des Medicinal-Departements kaum Platz fand, abgesehen von Vertretern verschiedener Ministerien und den Gliedern des Medicinal-Departements eingefunden: die officiellen Repräsentanten der Medicinal-Verwaltungen aller Gouvernements, die Special-Professore und Docenten aller Universitäten des grossen Reichs, die ärztlichen Delegirten der Landschaften und der grösseren Städte, sowie der verschiedenen Aerztegenossenschaften, wie endlich eine zahlreiche Menge privater Specialisten, unter diesen auch weibliche Aerzte, ca. 7 an Zahl.

Die Eröffnungsfeier war wohl geeignet, nachhaltig einen imposanten Eindruck zu hinterlassen: War es doch abgesehen von dem weit weniger frequentirten Cholera-Congresse im Jahre 1892 das erste Mal, dass eine so überaus zahlreiche Vertretung des ärztlichen Standes aus Nord und aus Süd, aus West und aus Ost des Riesenreiches in der Residenz versammelt war, um ein sachverständiges Urtheil abzugeben in einer Frage des Volksgesundheitswohls, welche in die verschiedensten Sphären des socialen Lebens in einschneidender Weise hineingreifend, anerkanntermaassen zu den schwierigsten Problemen der Hygiene und der öffentlichen Gesundheitspflege gehört. Das Gefühl der Verantwortlichkeit musste sich in um so höherem Maasse steigern, als Se. Hohe Excellenz der Herr Minister des Innern die Eröffnungsrede mit der Kundgebung schloss, dass die Staatsregierung im vollsten Vertrauen auf das sachverständige Urtheil der Versammlung die Beschlüsse derselben zur Richtschnur ihres Handelns nehmen wolle.

Wenn dem in so erfreulicher Weise entgegengetragenen Vertrauen nicht in dem Umfange entsprochen worden ist, als vielleicht erhofft worden war, so kann solches nicht Wunder nehmen, denn mehr oder weniger nur als Erstlingsversuch trat hier eine vielköpfige Specialistenversammlung zusammen, um in einmaliger Berathung ein Problem zu lösen, an welches sich — wenigstens in gleichem Maassstabe — bisher selbst die vorgeschrittensten Culturstaaten Westeuropa's nicht herangewagt haben. Und tiefeingewurzelte sociale und sanitäre Schäden lassen sich, erst recht aber nicht bei einer Landesbevölkerung, welche wie in unserem Riesenreiche nach Religion und Culturentwicklung, nach Sitten und religiösen Gebräuchen, nach traditionell überkommenen Gewohnheiten des inneren und äusseren Lebens etc. ein so überaus mannigfaltig und verschiedenartig gestaltetes Mosaikbild aufweist, — nicht nach ein und demselben administrativen Schema und Recept beseitigen.

Aber auch noch manche andere nicht zu überwindende Schwierigkeiten traten einer Erfolg versprechenden Behandlung der zu lösenden Frage hindernd in den Weg. So vor Allem der wie überall in Europa, so auch hier bei uns sich auf's Empfindlichste geltend machende Uebelstand, dass es bisher an einem statistischen Material betreffend die Verbreitung der Lues, welches nach einheitlich anerkanntem Princip gesammelt ist, dass es mithin bisher an einem objectiven Maassstabe gebricht, welcher Anhaltspunkte böte für einen Vergleich der Grösse und der Ausbreitung der Gefahr sei es im Verhältniss zu den anderen Europäischen Staaten, sei es aber auch nur in Relation der einzelnen Gouvernements unter einander: erfolgverheissende Bekämpfung eines Feindes setzt vor Allem aber die Kenntniss seiner Stärke, wie des Sitzes, in welchem er haust, voraus.

Auch auf weitere praktische Hindernisse wies Se. Excellenz der Herr Director des Medicinaldepartements Ragosin, der in hervorragendem Sinne geschickte Leiter des Congresses hin. Erst im Jahre 1895 hatten die Vorarbeiten begonnen, das auf den alsdann erlassenen Aufruf hin eingelaufene Material — über 300 Gutachten und Bearbeitungen des Programms — war zum Beginn des Congresses, trotz dessen dass der Termin des letzteren schon 2 Mal hinausgeschoben worden war, noch immer nicht vollständig, einzelne Punkte des Programms waren überhaupt nicht verarbeitet worden, und es hatte von dem ursprünglichen Plane, das insgesammt verarbeitete Material in gedruckter Form jedem Theilnehmer des Congresses zuvor zur Einsichtnahme zu übersenden, Abstand genommen werden müssen, da die einzelnen Sectionsvorsteher des vorbereitenden Comités mit ihrer Arbeit nicht zum Abschluss gelangt waren.

Fernerhin übte in den Sitzungen selbst einen wesentlich hemmenden und lähmenden Einfluss auf die Discussion und den ganzen Gang der Verhandlungen aus: die Hitze und der Luftmangel der engen und bedauerlicherweise durchaus unzureichenden Räume, in welchen die an den einzelnen Sectionssitzungen mit regstem Eifer sich betheiligenden Congressmitglieder überhaupt nicht genügend Platz fanden.

Endlich darf auch noch ein anderes, die Abstimmungen und Beschlüsse nicht unwesentlich beeinträchtigendes, Moment nicht unerwähnt bleiben. Auf den Sectionssitzungen sowohl, wie insbesondere aber auf den allabendlich gemeinsam abgehalten Schlussberathungsversammlungen trat immer von Neuem das den Russen von Geburt sonst auszeichnende edle Humanitätsprincip auch an durchaus nicht angebrachter Stelle, so z. B. bei Behandlung der schwierigen Frage der Prostitution, so sehr in den Vordergrund, dass selbst überaus wichtige, von den Sectionsvorstehern empfohlene und von dem vorbereitenden Comité bereits acceptirte sanitäre Maassnahmen bei den Schlussabstimmungen leider nur zu oft zu Fall kamen und nicht etwa per majora vota, denn die einzelnen Stimmen wurden nicht und konnten auch nicht gut gezählt werden, sondern das sich am stimmungsvollsten Ausdruck verschaffende Gefühl Einzelner gab hier den Ausschlag.

Das auf Initiative des Medicinal-Departements von dem den Congress vorbereitenden Comité in Grundlage der eingelaufenen begutachtenden Arbeiten bis in's Detail ausgearbeitete Programm umfasste folgende 5 Hauptgruppen:

1) Die Syphilis unter der Landbevölkerung.
2) Die Syphilis der städtischen Bevölkerung.
3) Die Syphilis in der Armee und auf der Flotte.
4) Die Zusammensetzung und Vorbereitung des für den Kampf mit der Syphilis erforderlichen ärztlichen Personals.
5) Die Aufsicht über die Prostitution.

Selbst der Versuch über die diesbezüglichen auf den abendlichen Schlussberathungssitzungen gefassten Beschlüsse des Congresses ein Referat zu geben, würde schon an dem Mangel uns zu Gebote stehender Zeit scheitern, da dieselben für sich allein schon 37 grosse Druckbogenseiten ausfüllen; dieselben zu verlesen dürfte erst recht nicht Ihnen nach Sinn sein. Nur über einen Punkt darf ich hier nicht mit Schweigen hinweggehen, da er für uns von Wichtigkeit und von localem Interesse ist. In der Plenarversammlung des Congresses wurde nämlich bei der Berathung über den Kampf gegen die Lues unter der Landbevölkerung von den 3 Herren Medicinalinspectoren der Ostseeprovinzen hervorgehoben, dass im Gegensatz zum Innern des Reiches in Liv-, Est- und Kurland die unentgeltliche Hospitalbehandlung der landischen Syphilitiker nicht durchgeführt werde. Wie die Verhältnisse in unseren beiden Nachbarprovinzen liegen, darüber erlaube ich mir kein Urtheil, da mir dieselben in dieser Beziehung nicht genügend bekannt sind. Was Livland anbetrifft, so ist es allerdings eine durch unseren letzten Aerztetag bekannt gewordene Thatsache, dass die mit Syphilis behafteten Landbewohner bisher nur im Fellin'schen, im Werro'schen und Jurjew'schen Stadtkrankenhause dank der Subvention aus der Landescasse einer unentgeltlichen Behandlung unterworfen werden, während in allen übrigen Kreisen unseres Gouvernements wie in allen anderen Krankheitsfällen so auch bei der Syphilis die Landbewohner die in jenen übliche Zahlung zu leisten haben. Ich komme hierauf noch zurück.

Fassen wir das Endresultat der Berathungen und Verhandlungen dieses mit so viel Mühe und so grossen Opfern an Zeit, Geld und Arbeit zu Stande gebrachten Congresses zusammen, so können wir trotz der tadellosen Leitung desselben, trotz der im Allgemeinen anzuerkennenden Disciplin, die in den Versammlungen herrschte und trotz des regen Interesses und der überaus lebhaften Dicussion von Seiten der Congressmitglieder, dennoch nicht umhin, aus den zu Anfang angeführten Gründen die praktischen Erfolge als relativ nur unbedeutende zu bezeichnen.

Bisher ist aber in dieser Sache noch nicht das letzte Wort gesprochen; denn wir dürfen, wenn ich mich nicht sehr irre, uns der Hoffnung hingeben, dass das Medicinal-Departement sowohl, wie die Staatsregierung bei der Umsetzung des Wortes in die That sich nicht an die Schlussabstimmungen dieser Massenversammlung gebunden erachten werden. Die definitive Entscheidung werden gemäss unseres Beschlusses vom Jahre

1895 bezüglich der Bekämpfung der Syphilis speciell in Livland auch wir, als Aerztetag, zunächst abzuwarten haben.

Nur die strenge Durchführung unentgeltlicher Hospitalbehandlung aller unserer landscher Syphilitiker verbietet meines Erachtens einen weiteren Aufschub und muss dieselbe in dem von der Syphiliscommission empfohlenen und von unserem Aerztetage acceptirten Sinne erstrebt werden. Einerseits wurde damals zur Erreichung dieses Zweckes als dringend wünschenswerth hingestellt, dass die Einführung der vom Landtage projectirten und beschlossenen Sanitätsreform in Livland, welche die Errichtung von Kirchspielskrankenhäusern in Aussicht stellte, beschleunigt würde, andererseits sollten die Herren Stadtärzte Livlands, in deren Hospitälern von den Bauern noch Zahlungen für antisyphilitische Curen erhoben würden, die resp. Stadtverwaltungen veranlassen, an die livländische Ritterschaft das Gesuch zu richten, auch für ihre Stadtkrankenhäuser aus der Landescasse die Mittel für die Behandlung landscher Syphilitiker anzuweisen, wie solches seit vielen Jahren in analoger Weise für Dorpat und Fellin, und neuerdings auch für Werro geschähe.

Gemäss einer privatim meinerseits im Frühjahr dieses Jahres an die Herren Stadtärzte gerichteten diesbezüglichen Anfrage ergab sich, dass die Stadt Wolmar schon im December vorigen Jahres vom Landrathscollegium die Bewilligung erhalten habe, dass Lemsal soeben in dieser Frage in Unterhandlung stehe und dass die anderen Städte gleichfalls nicht abgeneigt seien, mit einem solchen Gesuche bei der Ritterschaft einzukommen, nur eine unserer kleinen Städte glaubte von einem solchen Schritt Abstand nehmen zu müssen, da das Krankenhaus, über welches sie verfüge, im Ganzen zu wenig Raum biete, um eine Aufnahme auch der landschen Veneriker und Luetiker sicherzustellen.

Discussion.

a) Dr. Pölsam-Ischin (Gouv. Tobolsk). Laut Gesetz darf von einem Syphilitiker für dessen Behandlung in einem Kronshospital nichts beansprucht werden und der Patient hat das Recht im Falle eine Geldsumme von ihm erhoben wurde Klage zu führen.

b) Dr. Truhart. Ich erlaube mir vorzuschlagen, die Gesellschaft Livl. Aerzte möge in Anbetracht des sanitären Nothstandes auf dem Lande sich mit einer Eingabe an die Livl. Ritterschaft wenden. Die Eingabe muss die vorhandene Nothlage sowie die sanitären Schäden offen darlegen und auf die dringende Nothwendigkeit einer Abhilfe durch die Schaffung von Kirchspielärzten und Kirchspielshospitälern hinweisen.

c) Direktor Tiling. Kann denn in dieser Angelegenheit die Ritterschaft überhaupt etwas thun? So lange die Praestandenfrage nicht gelöst ist, so wird ja die Ritterschaft schwerlich in der Lage sein die Medicinalreform ins Leben zu rufen.

d) Dr. Behr-Riga. Mir erscheint dieser soeben geäusserte Vorschlag nicht opportun. Die Ritterschaft kennt den sanitären Nothstand aufs genauste und sie hätte gewiss schon lange die Reform von sich aus geschaffen, wenn ihr nicht nach mancherlei Richtung hin, die Hände gebunden wären. Wir werden, wenn wir auch noch so sehr die Dringlichkeit der Reform betonen nichts erreichen und diese Eingabe wird aller Wahrscheinlichkeit nach das Schicksal ihrer früheren Genossen theilen und ad acta gelegt werden.

e) Dr. Truhart. Wie dem auch sei, ich glaube doch, dass es unsere Pflicht ist immer wieder auf die Dringlichkeit der medicinalen Reform hinzuweisen und bitte den Vorschlag zu unterstützen.

f) Dr. Fischer-Sagnitz. Ich muss mich den Anschauungen des Herrn Dr. Truhart voll anschliessen. Wir dürfen auf die Lösung der Praestandenfrage gar nicht warten, sondern so viel an uns liegt immer auf eine Reform dringen. Meiner Meinung nach liegt das Haupthinderniss der Sanitätsreform in dem mangelhaften Interesse der Gesellschaft. Unserer Gesellschaft ist es völlig gleich, ob Kirchspielsärzte geschaffen werden oder nicht, der Nothstand wird ja wohl auch gesprächsweise zugestanden aber in Wirklichkeit bleibt es beim Alten. Ich glaube wir Aerzte müssen soviel irgend an uns liegt, in unseren Kirchspielen die Intelligenz von der Nothwendigkeit einer Sanitätsreform zu überzeugen suchen, vielleicht gelingt es alsdann die Reform zu beschleunigen.

g) Dr. Koppe-Pernau. Die Sanitätsreform ist fraglos eine sehr wichtige und brennende Tagesfrage. Diese Reform hängt aufs innigste zusammen mit der gesammten Reform unseres Hospitalwesens. Ich glaube aber doch, dass wir bevor wir uns immer wieder an die Ritterschaften wenden, zuvor wenigstens aus eigner Kraft etwas versuchen und dass jeder an seinem Theil irgend wie zu beweisen suchen muss, dass wir auch ohne Hilfe von oben etwas leisten. Wenn dann die Ritterschaft sieht, dass die Aerzte durch ihre eigne Initiative etwas schufen und Erfolge erzielten, so wird die Subvention nicht ausbleiben. Ich glaube wir müssen zur Selbsthilfe greifen, dieses ist der einzige Weg auf dem wir etwas erreichen können. — Im Anschlusse an das Gesagte möchte ich mir erlauben, Sie aufzufordern mein Hospital in Zintenhof sich anzusehn und meine Broschüre («die medicinische Station») zu lesen.

In dieser Broschüre habe ich versucht in grossen Zügen meine Ansichten über die Gründung von Landhospitälern etc auseinanderzusetzen. Allerdings könnten wir bei der Gründung von Landhospitälern der Feldschere nicht entbehren. Eigentlich darf man das Wort «Feldscher» gar nicht mehr erwähnen, weil viele Collegen sogleich ausser sich gerathen. Wenn man sich aber die Frage nüchtern vorlegt, ob es nicht praktischer wäre die Feldschere durch die Landhospitäler unter unsere Controlle zu zwingen, als sie frei auf dem Lande leben zu lassen so glaube ich, dass man manchem Uebel abhelfen könnte, welches gegenwärtig durch das Feldscherwesen auf dem Lande bedingt ist.

h) Dr. Truhart. Die Frage der Heranziehung der Feldschere als Gehilfen der Aerzte gehört nicht unmittelbar zu dem vorliegenden Thema des Kampfes gegen die Lues und würde uns bei den herrschenden Meinungsverschiedenheiten in der Discussion zu weitführen. Zweifellos hat College Koppe darin Recht, dass es practischer wäre, die Feldschere durch Landhospitäler unter unsere Controlle zu zwingen. als sie frei schalten zu lassen. Zu diesem Zwecke müssen wir aber erst Landhospitäler haben: ein dringendes Postulat der projectirten Sanitätsform. Letzteres fällt bei der Frage des Kampfes gegen die Syphilis insofern gleichfalls sehr in's Gewicht, da die gesetzlich vorgeschriebene unentgeltliche Behandlung der Syphilitiker zum Theil auch deswegen in Livland bisher nicht hat durchgeführt werden können, weil die Stadthospitäler in einzelnen der kleinen Städte über eine relativ nur sehr geringe Anzahl von Krankenbetten verfügen und in erster Linie die Pflicht und das Recht haben, städtische Patienten aufzunehmen, auf dem Lande es aber uns an Hospitälern gebricht. Diese Thatsache ist von uns festgestellt, die Hospitalbehandlung der Syphilitiker aber als Nothwendigkeit anerkannt worden. Wir gerathen bei den grossen Mängeln der sanitären Organisation auf dem Lande daher nicht nur mit den gesetzlichen Vorschriften, sondern auch mit unserer eigenen Ueberzeugung in Conflict! Executive Gewalt besitzen wir als Aerztetag nicht, die kommt den Verwaltungsorganen unseres Landes zu. Wir als Sachverständige haben aber die Pflicht, die Mängel in der Sanitätsorganisation klar zu legen und um Abstellung derselben zu bitten. Ich wiederhole daher nochmals meinen Antrag.

Die Versammlung giebt durch Scharren ihre Zustimmung zu dem Antrage des Praeses zu erkennen und beschliesst eine Eingabe in dem Sinne des Herrn Dr. Truhart der Livl. Ritterschaft zu übermitteln.

4 Herr Dr. Ströhmberg hält seinen angekündigten Vortrag: **Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis.** (Erscheint demnächst in der St. Petersburger medic. Wochenschrift).

Schluss d. III. Sitzung.

d. z. Secretär Dr. med. A. Behr.

Zuschrift an die Redaction.

Sehr geehrter Herr College!

Obgleich die livl. Ritterschaft in den letzten Jahren sehr viel zur Aufbesserung der sanitären Verhältnisse auf dem flachen Lande gethan hat — ich erinnere nur an die grossen Opfer, welche sie zur Bekämpfung der Lepra bringt — so ist doch nicht zu leugnen, dass die medicinische Hülfeleistung, deren die Bevölkerung in Livland bedarf, noch recht vieles zu wünschen übrig lässt. Der Hauptmangel besteht darin, dass dieselbe bisher einer festen Organisation entbehrt. Die livl. Landärzte bekleiden ihre Stellen fast ausschliesslich auf Grund privater Abmachungen mit den Gütern, und der bäuerlichen Bevölkerung gegenüber hat die ärztliche Thätigkeit durchaus den Charakter der Privatpraxis. Daher sind denn auch die verschiedenen Gegenden Livlands je nach ihrer Wohlhabenheit, in sehr verschiedenem Masse mit Aerzten versorgt; dazu kommt, dass die Aerzte in Folge ihrer ungenügenden materiellen Sicherstellung, oft nach wenig Jahren ihre Stellen wieder aufgeben und vielfach wechseln. Diese Uebelstände sind schon häufig beklagt worden und auf die Initiative des verstorbenen Gouverneurs Sinowjew sind Massregeln vorgeschlagen worden, die hier Abhülfe schaffen sollen. In erster Linie handelte es sich um die Creirung und Dotirung fest gagirter Kirchspielsarzt-Stellen. Die diesbezüglichen Verhandlungen haben noch nicht zu festen Resultaten geführt, da die Beschaffung der nöthigen Geldmittel grosse Schwierigkeiten hat. Da auf dem bevorstehenden Livl. Landtag die Angelegenheit vermuthlich wieder zur Sprache kommen wird, so dürfte auch für die Leser unseres Blattes die nachfolgende

der Düna-Zeitung entnommene Correspondenz eines livländischen Landarztes von Interesse sein:

Zur Anstellung von Kirchspiels-Aerzten.

Ein livländischer Landarzt veröffentlicht in der «Düna-Ztg.» ein bemerkenswerthes Schreiben, in dem ohne Verkennung der bestehenden Schwierigkeiten die Anstellung von Kirchspiels-Aerzten als eine dringende Nothwendigkeit mit überzeugenden Gründen dargethan wird. Es heisst in diesem Schreiben unter Anderem:

«Nach fast 5 Jahren soll ein abermaliger Versuch gemacht werden, die Zahl der Kirchspiels-Aerzte zu vermehren. Auf Initiative des Herrn Livländischen Gouverneurs sind von den Oberkirchenvorsteherämtern Circulare erlassen worden, welche die Kirchspielsvorsteher auffordern, den betreffenden Kirchspielsconventen die Frage vorzulegen, ob es möglich und wünschenswerth wäre, im Kirchspiel auf Grund der durch das Circular vom 2. November 1893 bekannt gemachten sogenannten Normalbedingungen das Amt eines Kirchspielsarztes zu creiren. Eine Abschrift des Protokolls soll alsdann dem Oberkirchenvorsteheramt zugestellt werden, wobei ablehnende Beschlüsse näher zu motiviren wären.

Obschon es mit grosser Wahrscheinlichkeit vorauszusehen ist, dass die Beschlüsse der meisten Convente in negativem Sinne ausfallen dürften, da die Normalbedingungen im Allgemeinen wenig Anklang zu finden scheinen, so ist damit die Frage dennoch wieder aufgelebt und ein Zeitpunkt gekommen, wo es zur Pflicht wird, im Interesse der sanitären Verhältnisse und zur Sicherstellung der Männer, die zum Wohle des Landes ihrem wahrlich nicht leichten Berufe als Landärzte nachgehen, das Wort zu ergreifen. Dass es im Allgemeinen auch bei uns in Livland mit dem Medicinalwesen auf dem flachen Lande noch recht schlimm bestellt ist, dürfte wohl Niemand bestreiten, der den Verhältnissen näher getreten ist.

Lassen sich auch mit Freude und Dankbarkeit manche Fortschritte in sanitärer Hinsicht constatiren, wie die Fürsorge für die Leprösen und Syphilitischen — der Blinden, Taubstummen und Irren nicht zu vergessen — so sind wir doch noch immer in Vielem recht weit von dem entfernt, was auf diesem Gebiete erstrebt und erreicht werden muss. Um hierin vorwärts zu kommen, sind als Cardinal-Forderungen zu nennen: 1) die Creirung von Kirchspielsärzten auf einer die Existenz derselben sicherstellenden Basis; 2) die Gründung und Unterstützung von Kirchspielshospitälern und endlich 3) die Anstellung von Kirchspielshebammen.

Selbstredend müssen die dazu erforderlichen Kosten durch Repartition auf sämmtliche Güter und Gemeinden einer territorialen Einheit aufgebracht werden, mag man sich dabei nun strict an die Normalbedingungen halten oder diese in modificirter Form zur Anwendung bringen, wenn nur das gleiche Ziel erreicht wird. Ist ein Kirchspiel zu klein, so mag es sich einem anderen anschliessen, oder es mögen sich mehrere derartige vereinigen.

Gegen früher hat ja die Zahl der Landärzte bedeutend zugenommen. Es ist dieses das nothwendige Ergebniss zweier neuer Factoren: die stärkere Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe von Seiten der Landbevölkerung und die seit Einführung von Betrieben häufiger auf den Gütern vorkommenden Verletzungen.

Sehr wenige Kirchspiele haben die Anstellung von Aerzten auf Grundlage des Normal-Statuts acceptirt. Grösser ist die Anzahl derjenigen Kirchspiele, wo die Güter einen Doctor-Verein gebildet, der dem Arzte ein ausreichendes Fixum, neben freier Wohnung etc. etc. gewährt und wohl auch ein kleines Hospital unterhält. Sehen wir von den vollständig freiprakticirenden Aerzten ab, so giebt es nicht wenige Kirchspiele, in welchen der Arzt von einem Theil der Güter angestellt ist, während die übrigen Güter an der Anstellung nicht participiren. Das auf diese Weise aufgebrachte Fixum ist recht gering und mancher Orten ist der Arzt sogar noch gehalten, das Doctorat zu miethen. Hospitäler giebt es dort nicht. Derartig schlecht dotirte Stellen sind einem häufigen Personenwechsel unterworfen und dadurch können natürlich auch die sanitären Verhältnisse keine gedeihlichen Fortschritte zeitigen. Nur im äussersten Nothfalle tritt man derartige Stellen an und hofft, dass die noch nicht beigetretenen Güter es nachträglich thun werden, wenn sie gesehen, dass der Arzt tüchtig ist und sich nach Kräften in seinem Berufe bemüht, oder dass die ersehnte Installirung als Kirchspielsarzt doch endlich einmal erfolgen wird. Aber beide Hoffnungen erweisen sich als trügerisch und nach Verlauf weniger Jahre lässt sich das neben dem geringen Fixum durch die freie Praxis zu erreichende Maximum der Einnahmen angeben. Es genügt dieses nicht, um die von einem Theil der Güter garantirte jährliche Einnahme so weit zu heben, dass der Arzt sich für sein ganzes Leben an die mangelhaft dotirte Stelle binden könnte. Die Creirung zum Kirchspielsarzt schwebt nach wie vor in nebelhafter Ferne und um seiner Familie willen ist der Arzt gezwungen, sich nach einer besseren Stelle umzusehen. So geht leider manche junge Kraft, die sich gern mit Einsetzung ihrer ganzen Persönlichkeit in den Dienst der Heimath gestellt hätte, verloren.

Dass eine zwingende Nothwendigkeit zur Anstellung von Kirchspiels-Hebammen besteht, dürfte wohl kaum angezweifelt werden. Denn was in Ermangelung geschulter und ärztlich controlirter Hebammen auf dem flachen Lande von den alten Weibern an Schandthaten verübt wird, spottet jeder Beschreibung. In Kurland giebt es auch auf dem Lande geschulte Hebammen, und was der Nachbarprovinz möglich geworden, müsste sich bei uns doch wohl auch erreichen lassen. . . .

Zum Schluss wird die Hoffnung ausgesprochen, dass die Gouvernements-Regierung und die Landesvertretung die Mittel ausfindig machen würden, um die Missstände im Medicinalwesen abzustellen. Die sich dabei in den Weg stellenden Schwierigkeiten müssten sich doch schliesslich eliminiren lassen. So wäre durch wiederholte diesbezügliche Eingaben doch vielleicht eine Betheiligung der Kronsgüter an der Installirung der Kirchspielsärzte zu erreichen.

«Wer den Sparsamkeitssinn und die allerdings nicht leichte ökonomische Lage unserer bäuerlichen Bevölkerung kennt, dürfte sich nicht wundern, dass bisher die Bauergemeinden sich dem Project gegenüber ziemlich ablehnend verhalten. Dennoch glaube ich, dass Aufklärung und ein zielbewusstes Vorgehen seitens der Verwaltungs- und Regierungsorgane den Widerstand der Bauergemeinden doch wohl überwinden könnten.

Dass sich trotz der für die Landwirthe so «schlechten Zeiten» im Interesse der sanitären Verhältnisse eines Kirchspiels viel thun lässt, beweist die erfreuliche Correspondenz aus Talkhof. Hier hat das Kirchspiel freilich seinem Patronatsherrn, dem Grafen Manteuffel, unendlich viel zu danken. Aber ist die Sache es denn nicht auch werth, dass man ihr Opfer bringt und ist denn auch die Förderung des Allgemeinwohls nicht auch eine Capital-Anlage, die in ihrer Art ihre Zinsen trägt?!

Diejenigen Collegen, die sich an den Verhandlungen des livländischen Aerztetages betreffs Einrichtung von Kirchspielsarztstellen betheiligt haben, wissen, dass die von mir hier geäusserten Ansichten und Wünsche der überwiegenden Mehrzahl der livländischen Landärzte aus der Seele gesprochen sind».

Vermischtes.

— Der Leibchirurg des Allerhöchsten Hofes, wirkl. Staatsrat Dr. Weljaminow, ist zum Inspector des Hof-Medecinalwesens ernannt worden, unter Belassung in der Würde eines Leibchirurgen. Zugleich ist der bisherige Leiter des Medicinalwesens des Kaiserlichen Hofes, Ehren-Leibchirurg Geheimrath Dr. Wiltschkowski, auf eigenes Ersuchen dieser Stellung enthoben, unter Belassung in der Würde eines Ehren-Leibchirurgen.

— Unser Landsmann Professor Dr. Alexander Goette, bekleidet im laufenden Lehrjahre die Stellung des Rectors an der Universität Strassburg. — G. stammt aus Petersburg und hat seine medicinischen Studien in Dorpat gemacht, wo er als Student die goldene Preis-Medaille und später den Baer-Preis erhielt. Nach Erlangung der medicinischen Doctorwürde in Tübingen, widmete er sich ebendaselbst zoologischen Studien und habilitirte sich 1872 als Privatdocent für Zoologie in Strassburg, wurde 1876 ausserordentlicher Professor der Zoologie in Strassburg, war dann 1882–86 ord. Professor in Rostock und ist seit dieser Zeit wieder an der Universität Strassburg als Professor der Zoologie thätig.

— Am 1. März n. St. beging der bekannte Pathologe Prof. Dr. Salomon Stricker sein 25-jähriges Jubiläum als Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie in Wien. Bei dieser Gelegenheit wurde ihm von seinen Schülern eine Festschrift «Dreissig Jahre experimenteller Pathologie» dargebracht.

— Die Stadt Kem (Gouv. Archangel) hat dem örtlichen Kreisarzt Peter Bagrjanski, welcher seit 16 Jahren als einziger Arzt am Orte die Praxis ausübt, in Anbetracht seiner Verdienste um die Stadt das Ehrenbürgerrecht verliehen. (Wr.)

— Der neuernannte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Alexander Muratow, hat am 23. Februar seine Antrittvorlesung gehalten über das Thema «Einführung in den Cursus der Geburtshülfe und Gynäkologie im Zusammenhange mit den klinischen Unterrichtsmethoden».

— Dr. Kadjan hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Chirurgie an der genannten Academie habilitirt.

— Verstorben: 1) Am 24. Februar in Nowotscherkask, der Oberarzt des donischen Cadettencorps, Staatsrath Dr.

Eduard Levy, welcher seit 1876 die ärztliche Praxis ausübte. 2) In St. Petersburg der Arzt an der Kais. Theaterschule, Staatsrath Dr. Alexander Ssolowjew. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1870 erlangt. 3) In Kalisch der Arzt am hebräischen Krankenhause Dr. Joseph Rymarkiewicz, im 70 Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1856 als Arzt thätig war, fungirte seit längerer Zeit auch als Präsident der Gesellschaft der Aerzte des Gouvernements Kalisch. 4) In Warschau der daselbst in weiteren Kreisen bekannte Chirurg, Dr. Roman Jassinski, Ordinator am örtlichen Kinderhospital. 5) In Manchester der ehemalige Professor der Chirurgie an Owens College. Dr. Eduard Lund. 6) In Philadelphia der Professor der Physiologie am Atlantic Medical College Dr. A. Lowe.

— Wie die «N. D.» berichten, ist der Privatdocent der Gynäkologie an der Moskauer Universität und Ordinator des Bassmann'schen Krankenhauses, Dr. Leonh. Warneck, zum Oberarzt des I. städtischen Krankenhauses ernannt worden.

— Zum Hasenpothschen Kreisarzt ist an Stelle des verstorbenen Dr. v. Grot der bisherige Stadtarzt Adolf Sedding ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Budapester Universität, Dr. Julius Dollinger ist zum ordentlichen Professor und zum Leiter der I. chirurgischen Universitätsklinik ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.).

— An Stelle des verst. Oberstaabsarztes Dr. Lenhartz ist der Oberstabsarzt Prof. Dr. Krocker in die Redaction der «Deutschen militärischen Zeitschrift» eingetreten. (A. m. C.-Ztg.)

— Ueber den in der letzten Zeit concessionirten periodischen Ausgaben finden wir im Regierungsanzeiger auch drei neue russische medicinische Zeitschriften, und zwar: 1) Eine Monatsschrift, welche unter dem Titel «Medicinisches Journal» (Медицинскiй Журналъ) von dem Redacteur der Zeitung «Der Feldscher» Dr. Boris Oks in St. Petersburg herausgegeben wird und 5 Rbl. jährlich kostet. 2) Eine Wochenschrift «Der Gesundheitsgefährte» (Спутникъ здоровья), welche unter der Redaction des hiesigen Arztes Dr. Wold. Siebold vom St. Petersburger Typographiebesitzer Isaak Bogelmann herausgegeben wird. Abonnementspreis 5 Rbl. jährlich. 3) Medicinisch-sanitäre Nachrichten über das Twersche Gouvernement» (Врачебно-санитарныя свѣдѣнiя по Тверской губ.) unter der Redaction des Chefs des Sanitätsbureaus Dr. J. Gontscharow. Diese Zeitschrift, welche 1—2 mal im Monat erscheint, wird den Landschaftsämtern, den Adelsmarschällen, Landschaftsdeputirten und Aerzten des Twer'schen Gouvernements unentgeltlich zugesandt.

— Der vor kurzem im Auslande verstorbene Dr. Ljubimow (cfr. Nekrolog in Nr. 4 dies. Wochenschr.) hat in seinem Testament die Hälfte seines Vermögens zur Errichtung oder Erweiterung eines unentgeltlichen städtischen Krankenhauses in Moskau vermacht.

— Der Director der Mineralbäder in Staraja Russa Dr. Tilitschejew macht bekannt, dass in der bevorstehenden Saison in Staraja Russa Abonnements auf die Wannenbäder eingeführt werden, und zwar werden für 30 Rbl. in der I. Classe und für 25 Rbl. in der II. Classe 50 Wannenbäder beliebiger Zusammensetzung während der ganzen Saison verabfolgt werden. Im Dienst stehende und verabschiedete Beamte (auch ihre Familien), welche ein Gehalt oder eine Pension von weniger als 1000 Rbl. beziehen, zahlen in der ersten Classe nur 20 Rbl. und in der II. Classe nur 15 Rbl. Die diesjährige Saison wird eröffnet am 25. Mai.

— Gemäss einer Circularvorschrift des Zolldepartements vom 19. Februar c. ist die Einfuhr von Saccharin aus dem Auslande nach Russland, in Anbetracht der schädlichen Wirkung desselben bei Verwendung für Esswaaren — ebenso wie der Import von stark wirkenden Stoffen nur laut eines für jeden einzelnen Fall ausgestelten Certificats gestattet.

— Wie schon früher in der würtembergischen Kammer, so ist neuerdings auch im bayrischen Landtage von einem Abgeordneten die Errichtung eines Lehrstuhls für Homöopathie an der Universität München beantragt worden. Der Cultusminister v. Landmann lehnte diese Forderung mit dem Hinweis darauf ab, dass die Münchener medicinische Facultät auf Anfrage kein Bedürfniss für einen solchen Lehrstuhl anerkannt habe, da die Homöopathie keine Wissenschaft sei.

— Der von Prof. Dr. K. Dehio als Vicepräses veröffentlichte Rechenschafsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1897 legt wiederum Zeugniss dafür ab, dass die genannte Gesellschaft in ihrer segensreichen Thätigkeit nicht ermattet ist und nach wie vor thatkräftige Unterstützung seitens der Regierung, der Landesverwaltung und vieler Privatpersonen findet. Wie wir dem Bericht entnehmen, zählte die Gesellschaft zum 1. Januar 1898 — 465 männliche, 122 weibliche und 2 Ehrenmitglieder. Die Einnahmen betrugen im J. 1897 — 34.564 Rbl. 86 Kop., die Ausgaben — 21,372 Rbl. 38 Kop., so dass mithin ein Ueberschuss der Einnahmen im Betrage von 13,192 Rbl. 48 Kop. erzielt wurde. Das Baarvermögen belief sich am 1. Januar 1897 auf 18,091 Rbl. 45 Kop. Unter den Schenkungen zum Besten der Gesellschaft befinden sich auch zwei grössere aus St. Petersburg, und zwar 5000 Rbl. von Frau Ljubow Korowin und 2760 Rbl. als ein testamentarisches Vermächtniss von Frl. Anna Fenner. In den von der Gesellschaft unterhaltenen 3 Leprosorien (Muhli, Nennal und Wenden) befanden sich zum Beginn des Jahres 1898 — 143 Lepröse (gegen 131 am 1. Jan. 1897) in Verpflegung. Auf Grundlage der von der Gesellschaft gesammelten Daten, sowie der von den Aerzten auf ministerielle Verfügung an die livländische Medicinalverwaltung eingesaunten Meldekarten über jeden Leprafall hat Dr. F. Erasmus in Riga aber neuerdings festgestellt, dass in ganz Livland augenblicklich 746 Aussätzige (davon allein in Riga ca. 100) vorhanden sind. Da nun von dieser Zahl im Ganzen nur 210—220 in den livländischen Leprosorien internirt sind, so müssen noch weitere Lepraasyle errichtet werden, damit die Kranken in möglichst grosser Zahl isolirt und so dem Verkehr mit den Gesunden entzogen werden können.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Febr. d. J. 8625 (20 mehr als in d. Vorw.), darunter 981 Typhus — (62 wen.), 892 Syphilis — (24 mehr), 164 Scharlach — (16 wen.), 194 Diphtherie — (6 mehr), 45 Masern — (8 mehr), und 42 Pockenkranke — (1 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. Februar 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
418	301	719	147	62	93	24	15	37	71	61	49	47	61	40	7	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 10, Scharlach 20, Diphtherie 29. Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 27. Erysipelas 2, Grippe 7. Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 29, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 58. Todtgeborene 35.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. März 1898.

Tagesordnung: Discussion über das Verhalten der Löffler'schen Bacillen nach abgelaufener Diphtheritis und über die Dauer der Infectiosität der Diphtheritis.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. März 1898.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.
Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—11. Anstaltsleiter **Dr. Th. Heller.**

Bad Homburg v. d. Höhe.

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.

Fünf Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern,** Fichtennadel- und Moorbädern, Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versandt während des ganzen Jahres.

= Broschüren und Prospecte durch die Kur- und Bade-Verwaltung. =
(29) 3—1.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Seebäder; Schlamm-, Fichtennadel-, Salz-, Eisen-, Laugen- u. Dampf-Wannen; Massage-, Electricität-, Milch-, Kefyr- und Mineralwasser-Curen. Neuerbauter Cursaal. — Musik, Theater, Tanzabende, Concerte etc. — Broschüre und **Auskünfte** über Wohnungen gratis durch die Bade-Commission.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt 1/2 Wasserglas voll.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
„HUNYADI JANOS-QUELLE"

Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke,** welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «**Saxlehner's Bitterwasser**».
(95) 26—15.

Specielle Engros-Niederlage
Chirurgischer Instrumente,
Verband-Artikel,



Gummiwaaren
und
Gegenstände zur Krankenpflege.

Illustrirte Preiscourants werden auf Verlangen gratis zugesandt.

FRANZENSBAD.

Das **erste Moorbad der Welt,** besitzt die **stärksten Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge, die kohlensäurereichste Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder.**

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt **das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.**

(28) 3—1.

Für Aerzte: Künstliche Ersatzaugen für Menschen. Ia. Qualität, prämiirt, pr. St. M. 1.—, 100 St. M. 80.—, **Augen nach Muster zur billigsten Berechnung. Must. f. Aerzte z. Dienst.** (III. Kat. g. u. fr.). **Müller-Zschach, Fabrikat. künstl. Augen etc. etc., Lauscha i. Thür.** (Deutschland). (27) 2—1.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.



Als geschulte Krankenpflegerin empfiehlt sich
CONSTANCE SCHMIDT
Изм. п. 4-я рота, Haus № 7, Qu. 12.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird **Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).**

Дозв. ценз. Спб. 7 Марта 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XV.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 14. (26.) März **1898**

Die heutige Therapie und die Hydrotherapie.

Von

Dr. O. Koppe-Pernau.

Vortrag, gehalten auf dem IX. Livländischen Aerztetage zu Pernau.

Wenn wir die modernen Heilbestrebungen einer Betrachtung unterwerfen, so erscheint es auf den ersten Blick kaum möglich ein einheitliches Princip in demselben zu erkennen, da sie nach verschiedenen ja geradezu entgegengesetzten Richtungen auseinander zu gehen scheinen. So sehen wir auf der einen Seite die eifrigen Vertreter der Pharmacologie, gestützt auf die Entwickelung der Chemie, den Arzeneischatz täglich vermehren und mittelst einer energischen Reclame vertreiben und auf der anderen Seite das Gros der practischen Aerzte diesen vielgepriesenen neuen und neuesten Arzeneien durchaus skeptisch gegenüber stehen. Diese Skepsis ist durch die Entwickelung der Medicin während der letzten Decennien durchaus begründet. Nach dem unsinnigen Arzeneiverbrauch der Rademacher'schen Schule war als Reaction die Homöopathie aufgetreten und die Erfolge derselben führten auf den deutschen Hochschulen zu einem allgemeinen therapeutischen Nihilismus. Dazu kam die Entdeckung der längstgeahnten Krankheitserreger, der Microben und der Nachweis ihrer Widerstandsfähigkeit gegen unsere schärfsten Desinfectionsmittel. Infolge dieser Wandlungen drängte das Publicum selbst nunmehr zur Umkehr, d. h. zu natürlicheren Heilmethoden, indem es den Naturärzten massenhaft zuströmte. Der Laie Priesnitz, bekanntlich ein Oeconomieinspector in Gräfenberg, erzielte mit Wassercuren und einfacher Lebensweise so auffallende Heilerfolge, dass er dem enormen Zudrang des Publicums nur durch den Bau einer eigenen Heilanstalt gerecht werden konnte und auf diese Weise der Begründer der Hydrotherapie und der heute überall verbreiteten Wasserheilanstalten wurde. Dieselben Erfahrungen beobachteten wir in unseren Tagen an dem Pfarrer Kneipp, der sogar ein vielgelesenes Handbuch der allg. Therapie (!) auf Grundlage seiner Methode verfasste. Der Schlosser Hessing begründete die mechanische Orthopädie und der Major Thure Brandt heilte vermöge der gynäcologischen Massage und einer eigenthümlichen Heilgymnastik die schwersten Frauenkrankheiten, welche bis dahin aller Behandlung getrotzt hatten. Sind diese Thatsachen für unsere Wissenschaft nicht beschämend? Man hat gegen unseren Willen uns von der erhabenen Höhe, in welcher eine mystische Richtung der Wissenschaft uns zu erhalten trachtete, herabgedrängt — freilich zu unserem eigenen Nutzen, da wir bereits Gefahr liefen in die Weise der römischen Auguren zu verfallen indem wir längst den Glauben an die Arzeneien verloren hatten, die wir dem Publicum verschrieben. Wir hatten die billige Ausrede: es geschehe «solaminis causa» oder der «Glaube hilft». Dennoch wäre das Publicum uns nicht sobald abtrünnig geworden, wenn wir uns nur der unschädlichen wenig oder gar nicht wirkenden Arzeneien bedient hätten, aber die moderne Pharmacologie beschenkt uns ja mit sehr heftig wirkenden Giften, deren Anwendung eine schwere Schädigung des Organismus bedeutet und durch gewohnheitsmässigen Gebrauch unendliches Elend über hunderttausende von Familien gebracht hat. Wer zählt die Morphinisten, Cocainisten, Antifibrinisten, die Belladonna- und Arsenikesser und vor allem die Millionen der Opiumvertilger. Kann da noch von einem Segen der Narcotica in der Medicin gesprochen werden? Sind wir nicht dem Laien Priesnitz zu grösstem Dank verpflichtet, weil er zeigte, dass durch einen feuchtwarmen Umschlag die Schmerzen in viel naturgemässerer Weise gelindert werden, indem auch die Entzündungen der Organe selbst dabei schneller schwinden. Es konnte bei einer solchen Lage der Dinge nicht ausbleiben, dass sich alsbald auch vorurtheilslose Aerzte diesen natürlichen Methoden zuwandten, wie Metzler, der die Massage sogar hoffähig machte und alsbald eine Reihe wissenschaftlich gebildeter Nachfolger fand, wie Schultze in Jena, der der Massage von Thure-Brandt sein wissenschaftliches Visum aufdrückte, wie Winternitz in Wien, der die Hydro-

therapie ausbaute wie Schildbach, Lorenz u. a., welche die Orthopädie pflegten. Es kam mit einem Schlage neues Leben in die von chemischen Formeln erstarrte Wissenschaft. Man machte es den Naturärzten nach und gründete Heilanstalten unter ärztlicher Leitung, welche je nach ihrer Lage und ihren Hilfsquellen gewisse Krankheitsgruppen zu ihrer besonderen Domäne machten, z. B. Görbersdorf im Erzgebirge, Falkenstein im Taunus. Diese erzielten in der Behandlung der Tuberculose durch systematische Abhärtung, dauernden Aufenthalt in frischer Luft und kräftige Kost ungeahnte Erfolge. Auch die grossen, seit altersher berühmten Curorte litten unter dieser skeptischen Kritik. Vor allem musste die Thatsache auffallen, dass die Mineral-Wässer, zu Hause gebraucht, die gewünschte Wirkung nicht erzielten; alsdann konnte es der Beobachtung nicht entgehen, dass der Zustand vieler Kranken nach dem Gebrauch der Wässer sich verschlimmerte, während andere sich besserten ohne die Quellen an den Curorten zu trinken. Immer mehr gelangte die Ueberzeugung zum Durchbruch, dass die hauptsächlichsten Heilfactoren der Curorte mehr in einer geregelten Diät und Lebensweise, in der Entfernung von den häuslichen Sorgen und in der reichlichen Bewegung im Freien zu suchen wären, als in dem direkten Einfluss der Mineralwässer. Es konnte daher nicht Wunder nehmen, dass ein grosser Theil der Kranken es vorzog in einer stillen geschlossenen Heilanstalt unter der persönlichen ärztlichen Leitung Hilfe zu suchen. In diesen Anstalten konnte die Lebensweise und die Behandlung des Patienten wirklich geregelt und controllirt werden. Waren diese Anstalten anfangs mehr Kaltwasserheilanstalten nach dem Vorbilde der Priesnitz'schen Anstalt, so entwickelten sie sich sehr bald zu allgemeinen Heilanstalten dadurch, dass sie alle natürlichen Curmittel in ihr Programm aufnahmen, insbesondere die Massage, die Heilgymnastik und die Orthopädie. Ja Dr. Lahmann hat noch in seinem viel besuchten Sanatorium «Weisser Hirsch» bei Dresden die vegetabilische Kost, offene Schlafräume, Sonnen- und electr. Lichtbäder in die Behandlung eingeführt. Wir sehen also, dass aus der Therapie, die früher vorherrschend die Arzeneiwirkung betonte, sich sehr verschiedene Methoden entwickelt haben. Zunächst trennte sich ab als mächtigste Rivalin die Chirurgie, welche täglich noch immer mehr an Terrain gewinnt. War sie früher vorherrschend in den Händen der Feldscherer und der Bader, so ist sie jetzt für jeden practischen Arzt ein unentbehrlicher Heilfactor. Ihr zur Seite steht die Mechanotherapie, d. h. die Massage, die Gymnastik und die Orthopädie, welche meist in Specialanstalten gepflegt werden und sich bereits eine achtunggebietende Stellung erworben haben. Die Fortschritte der Naturwissenschaften haben uns die Gesetze einer diätetischen hygienischen und psychischen Behandlung klargelegt und practische Erfahrungen und das wissenschaftliche Experiment die Hydrotherapie, die Balneotherapie und die Klimatotherapie entwickelt.

Wir können demnach, was die Behandlungsmethoden anbetrifft, etwa folgendes übersichtliche Schema aufstellen.

1. Chirurg. Methode . .	Gebiet unbegrenzt.
2. Mechanische Methode (Massage Heilgymnast. Orthopädie)	Knochen-, Gelenk- und Muskelleiden.
3. Diätische Methode . .	Magen- und Darmkrankheiten.
4. Hygienische Methode .	Lungenkrankheiten.
5. Psychische Methode .	Nerven- und Geisteskrankheiten.
6. Thermische Methode 7. Klimatotherapie. .	Constitutionelle Krankheiten.
8. Trinkcur	Stoffwechselerkrankungen.
9. Pharmacotherapie . .	Infections- u. Invasionskrankheiten.

Dieses Schema hat natürlich nicht eine ausschliessliche Geltung sondern es werden im Gegentheil bei jeder Krankheitsgruppe viele ja oft alle Methoden mit Vortheil zur Anwendung gelangen. Es ist Sache des Tactes und der Erfahrung des Arztes im gegebenen Falle die richtige Wahl und das richtige Mass zu treffen. Ein Magenkranker z. B. treibt oft mit Vortheil passive und active Gymnastik und seine hypochondrische Stimmung ist durch die Zerstreuung psychisch zu beeinflussen; man wird ihn nebenbei hydropathisch mit Compressen, Abreibungen etc. behandeln, man wird ihn ein Mineralwasser trinken lassen und ihm schliesslich ein passendes Klima aussuchen. Die Lungenkranken werden in Görbersdorf in systematischer Weise hydropathisch und in letzter Zeit auch mechanotherapeutisch behandelt; dass die kräftigende Diät dabei eine grosse Rolle spielt, habe ich bereits erwähnt. Die Knochen- und Gelenkleidenden, die Rheumatiker und Arthritiker werden neben Massage und Gymnastik auch regelmässig Bäder brauchen, wodurch die nachfolgende active und passive Bewegung wirksam vorbereitet wird. Dasselbe sehen wir bei den chronischen Entzündungen innerer Organe, z. B. vielen Frauenleiden, wo die warmen Bäder den Zweck haben, die entzündlichen Producte zu erweichen, für deren Fortschaffung aus dem Körper dann die gynäkologische Massage, die active und passive Gymnastik sorgt. Bei der Gicht, als einer Stoffwechselkrankheit, pflegen wir ausser den Trinkcuren, welche die im Körper aufgespeicherten krankmachenden Stoffe in Lösung bringen sollen, reichliche Körperbewegung sowie warme Bäder und Massage zu verordnen.

Gehen wir nun zur eigentlichen Domäne der Hydrotherapie, den Constitutionskrankheiten, über und suchen wir uns zunächst die Frage zu beantworten, was wir unter Hydrotherapie verstehen. Ist das Wasser dabei das eigentliche Curmittel? Wohl nicht. Denn wir sehen die verschiedensten Medien: Salz, Schwefel, Moor, Seeschlamm, trockenen Sand, vor allen aber Dampf in Anwendung ziehen. Das Agens ist eben nur die Temperatur: die Hitze und die Kälte, das Wasser die vornehmliche Trägerin derselben. Die verschiedene Wirkung der einzelnen Badeformen ist bedingt durch den physikalisch verschiedenen Charakter dieser die Wärme übertragenden Medien. Es erscheint das auf den ersten Blick auffallend und das Laienpublikum ist ja nur zu sehr geneigt, den verschiedenen Zusätzen zu den Bädern eine besondere chemische Wirkung zuzuschreiben, allein alle diesbezüglichen Untersuchungen haben zur Evidenz ergeben, dass die Haut für dieselben undurchgängig ist und zu unserem Glück, wir würden uns ja sonst beständig Vergiftungen durch die Bäder aussetzen. Was können aber Hitze und Kälte an sich für Wirkungen enthalten? Scheinbar sehr wenig und doch sehen wir in der Natur Alles davon abhängig. Die Sonne belebt den im Eise eingefrorenen Frosch ebenso wie das warme Wasser das ausgeschnittene Froschherz zu Contractionen anregt. Die Kälte versetzt nicht nur die Vegetation sondern auch viele Thiere in Winterschlaf, d. h. setzt ihren Stoffwechsel auf ein Minimum herab. Wir sehen Krankheiten im Süden von selbst heilen, die im Norden allen Curmitteln trozten. Tropische Pflanzen gedeihen in unseren Gewächshäusern. Daher das Bedürfniss auch unsere Wohnungen quasi zu Treibhäusern zu machen, indem wir sie künstlich heizen und mit Glasfenstern versehen und es ist wohl keine Frage, dass wir selbst darin um so besser gedeihen, je mehr unsere Wohnung dem Ideal eines Treibhauses sich nähert. In den Wintergärten ist dieses Ideal ja bereits erreicht. Es lag daher gewiss nichts näher als dass der Mensch sein instinktives Wärmebedürfniss durch warme Bäder zu befriedigen suchte. Dieses musste umsomehr eintreten je schwerer die Wohnungen im Winter zu erheizen waren.

Daher die grossartigen Einrichtungen im alten Rom und gegenwärtig noch in Japan. Die Stadt Tokio allein soll über 1000 Warmwasserbassins haben, wo die Japaner im Winter sich die nöthige Körperwärme für ihre Papierhäuser holen, indem sie, wenn nöthig, auch mehrmals täglich warm baden. Wir Nordländer frieren bekanntlich im Winter in Italien kläglich in Folge der schlechten Heizvorrichtungen daselbst, während der Südländer sich in Petersburg Dank der warmen Quartiere ganz behaglich fühlt: und wie sonderbar! wir begegnen im Kachelofen demselben die Wärme übertragenden Medium, wie im Schlammbade: der Thonerde. Das Schlammbad ist gewissermassen ein flüssiger Kachelofen.

Wie wirken nun die kalten und die warmen Bäder auf unseren Körper? Wir müssen hier zwischen kurz-dauernden und langdauernden Bädern unterscheiden. Während letztere ihre Wirkung auf den menschlichen Körper ebenso wie auf jeden beliebigen anderen Körper ausüben, rufen die kurzdauernden Bäder, dank dem Bestreben des thierischen Körpers, sich gegen die ihm fremde Temperatur zu wehren, eine eigenthümliche Reaction hervor. Die Haut, als Schutzorgan gegen die Aussenwelt, nimmt den Kampf sofort auf. Bei der Kältewirkung drängt sie das Blut durch Contraction der Capillaren nach den tiefer gelegenen Theilen zurück, verhindert somit die Abkühlung des Blutes und der inneren Organe, in der Hitze bringt sie das Blut durch die Erweiterung der Capillaren an die Oberfläche und kühlt es durch die Verdunstungskälte des eintretenden Schweisses ab. Daher sehen wir im kalten Bade die Haut blass werden und sich runzeln (Gänsehaut), im heissen Bade sich röthen und mit Schweiss bedecken. Ist der Kältereiz vorüber so zeigt eine nachfolgende Röthe der Haut und ein angenehmes Brennen und Wärmegefühl die Beschleunigung des Blutumlaufs als Reactionswirkung an. Wir haben hier also eine eminent übende Wirkung auf die Hautthätigkeit im Hoffmann'schen Sinne und es ist Sache der Praxis diese Uebung allmählich zu steigern und vor dem Uebermass sich zu hüten, welches Stadium eintritt, wenn die gewünschte Reaction ausbleibt, die Haut kühl und bläulich gefärbt bleibt. Daher die Nothwendigkeit, nach dem kalten Bade die Reaction der Haut durch Frottiren zu unterstützen. Können wir auch von einer übenden Wirkung der kurzdauernden heissen Bäder sprechen? Gewiss; jedoch nur nach der Seite der Hitze hin. Wir sehen dieselbe ja beim einfachen Volke in praxi eintreten. Der russische Bauer ist dank seinen Dampfbädern gegen die Hitze ebenso unempfindlich wie der estnische Bauer dank seiner Riegenstube. Beide tragen häufig im Sommer unbeschadet einen Pelz. In der ärztlichen Praxis werden wir freilich kaum jemals in den Fall kommen, einen Patienten gegen die Hitze abhärten zu müssen; dagegen tritt die Nothwendigkeit sich gegen die Kälte abzuhärten in unserem Klima an jeden Gesunden und manchen Kranken heran, daher wir uns auch nur in diesem Sinne gewöhnt haben von Abhärtung zu sprechen, und die Gesunden die warmen Bäder nach Möglichkeit einschränken, um sich nicht zu verweichlichen. d. h. der Abhärtung entgegen zu wirken. Ausser dieser Abhärtung bewirken aber die kurzdauernden kalten Bäder eine mächtige Anregung aller Körperfunctionen. Die Herz- und Lungenthätigkeit wird gekräftigt, und die Wärmeproduction gesteigert, was sich durch die vermehrte CO^2-Ausscheidung und den stärkeren Appetit kundgiebt, in gleicher Weise wird noch die nervöse und psychische Energie gefördert. Wir haben somit hierin ein Curmittel, welches den verschiedensten Indicationen Rechnung trägt, sofern nur die Reactionsfähigkeit des Organismus erhalten ist. Für die langdauernden kalten Bäder haben wir dagegen keine Indication. Es erscheint schon bedenklich bei einem gesunden Menschen die Körpertemperatur herabzusetzen und seitdem man sich gewöhnt hat, in der Fieberhitze eine nothwendige Steigerung des Stoffwechsels zu sehen. erscheinen sie auch als temperaturherabsetzendes Mittel bei Fieberkranken wenig rationell. Dagegen sind kühle kurzdauernde Bäder, welche erfrischend wirken und an die Reactionsfähigkeit des Körpes keine zu grossen Anforderungen stellen, von unverkennbarem Nutzen. Als locales Antiphlogisticum bei acuten entzündlichen Zuständen werden wir andererseits die Kälte kaum entbehren können.

Die vielseitige Wirksamkeit der kurzdauernden kühlen und kalten Badeproceduren macht es erklärlich, dass Winternitz in seinem Lehrbuch der Hydrotherapie diesen Badeformen fast ausschliesslich sein Interesse zuwendet, so dass man fast gewohnt ist unter Hydrotherapie Kaltwasserbehandlung und unter hydrotherap. Anstalten Kaltwasser-Heilanstalten zu verstehen. Dennoch erscheint dieser Standpunkt wenig gerechtfertigt. Wir sehen in der Praxis das Gros der schwerer Kranken gerade durch die warmen Bäder genesen. Freilich werden wir, gerade umgekehrt als wie bei den kalten Bädern, nur von einer dauernden Einwirkung derselben, wodurch eine Steigerung der Körpertemperatur hervorgerufen wird einen Erfolg sehen. Erfahrung und Experiment haben gezeigt, dass bei einer solchen künstlichen Steigerung der Temperatur ein erhöhter Zerfall eiweisshaltiger Substanz, kenntlich durch die vermehrte N-Ausscheidung stattfindet, gerade wie bei der Fieberhitze. Dass bei diesem gesteigerten Stoffumsatz krankhafte Producte chronischer Entzündungen oder des gestörten Stoffwechsels in gründlicher Weise aufgerührt und zum Zerfall gebracht werden können, ist ebenso leicht zu begreifen als durch die tägliche Erfahrung nachzuweisen. Wir wenden daher diese Bäder in allen den Fällen an, wo die Krankheit einen tieferen Sitz hat und die Patienten noch nicht die Reactionsfähigkeit besitzen, welche für die kalten Bäder erforderlich ist. Haben die warmen Bäder aber ihre Schuldigkeit gethan, so gehen wir allmälich zu kühleren Badeformen über, um den Organismus zu kräftigen und abzuhärten.

Nach dem oben gesagten ist es verständlich, wenn die Constitutionskrankheiten, unter welchen wir sowohl ererbte als erworbene und chronisch gewordene Infectionskrankheiten verstehen, durch diese Curmethode, welche eine Kräftigung der Constitution, d h. eine Erhöhung der Lebensthätigkeit des Organismus bewirkt, besonders günstig beeinflusst werden müssen.

Referate.

G. Kirchgaesser: Zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkserschütterung. (Münchener med. Wochenschr. 1898 Nr. 6).

Verf. stellte auf Prof. F. Schultze's (Bonn) Anregung eine Nachprüfung der Versuche von Schmaus über Rückenmarkserschütterung an und schloss sich im allgemeinen dabei der Versuchsanordnung des letzteren an. Die Kaninchen wurden entweder auf einer elastischen Unterlage gelagert oder halb schwebend gehalten. Die Schläge wurden mit einem gewöhnlichen, kleinen Holzhammer auf eine am Rücken befestigte Kautschukplatte geführt. Gewöhnlich erfolgte bereits beim zweiten Schlag ein kurzdauernder tetanischer Krampf in den Hinterbeinen, einige Male auch klonische Zuckungen in allen Extremitäten. In einem Versuche gelang es später mehrere Male hintereinander durch einen einzigen Schlag jedesmal einen vollständigen epileptischen Anfall zu erzeugen. Die Thiere erholten sich schnell, meist augenblicklich, und zeigten nachher, je nach der Stärke der Schläge stärkere oder schwächere Paresen im Kreuz und in den Hinterbeinen. Verletzungen der äusseren Bedeckungen oder Knochen oder makroskopisch erkennbare Veränderungen des Rückenmarks fanden sich in keinem Falle. Nach 8—14 Tagen wurden die Thiere durch Verbluten getötet.

Die mikroskopische Untersuchung der nach Marchi gefärbten Präparate ergab bei den 4 am stärksten erschütterten Versuchsthieren eine durch Zerfall der Markscheiden und Ausfall ganzer Fasern deutlich als solche erkennbare Erkrankung des ganzen Rückenmarksquerschnitts und zwar genau entsprechend der Einwirkungsstelle der Gewalt. Nach aufwärts und abwärts nahmen die Veränderungen allmählich an Stärke ab. In den am weitesten entfernten Theilen fanden sich typische, secundäre Strangdegenerationen, aufwärts in den Goll'schen, Kleinhirnseitensträngen und dem Gowers-schen Bündel, abwärts in den Pyramidensträngen. Im fünften Versuche, bei welchem entsprechend der geringen Anzahl schwacher Schläge die Veränderungen geringer waren, fehlte, da hauptsächlich die vordere Hälfte des Querschnitts befallen war, auch die aufsteigende secundäre Degeneration der Goll'-schen Stränge im Halsmark. Jedenfalls gebührt also der Erschütterung ein hervorragender Platz in der Aetiologie der Rückenmarkserkrankungen und ist das Ergebniss obiger Untersuchungen speciell bei Beurtheilung des Zusammenhangs zwischen nervösen Störungen und vorausgegangenen Unfällen im Auge zu behalten.

Weyert.

Prof. Ch. Bäumler: Ueber Arteriosklerosis und Arteriitis. (Münch. med. W. 1898 Nr. 5).

Im Allgemeinen ist es auch unter den Aerzten eine weit verbreitete Ansicht, dass die als Arteriosklerose zusammengefassten Veränderungen eine mit dem Altern des Körpers unabänderlich zusammenhängende Erscheinung seien und auf eine gleiche Stufe mit dem Ergrauen der Haare, dem Faltigwerden der Haut etc. gestellt werden müssen. B. macht nun darauf aufmerksam, dass wenn man bei Sectionen genauer auf die Beschaffenheit der Arterien achtet, man oft genug Gelegenheit hat, diese erwarteten Veränderungen bei Leuten von 70 und 80 Jahren zu vermissen, dass man aber andererseits oft schon bei jüngeren Individuen, die noch nicht das 30. Lebensjahr überschritten haben, da und dort im Gefässsystem vereinzelte platte Verdickungen der Häute, besonders häufig an einer oder der andern Arterie der Hirnbasis, oder an einer Kranzarterie des Herzens, oder in einem anderen Arteriengebiet findet. Ebenso häufig kann man beobachten, dass solche herdweisen Arterienveränderungen ausserordentlich ungleich über das Arteriengebiet verbreitet sind. Einer solchen herdweisen Veränderung steht eine ebenfalls schon bei jüngeren Menschen, selbst im Kindesalter vorkommende diffuse Arterienverdickung gegenüber, bei welcher es sich um eine ziemlich gleichmässig das Arteriensystem betreffende Verdickung der Gefässwand handelt, neben der in den grösseren Arterien sklerotische und atheromatöse Herde vorhanden sein können.

Zur Erklärung des Zustandekommens der herdweisen Erkrankung in den Arterienhäuten sind besonders von französischen Autoren, z. B. Martin, Barié, Therèse entzündliche, speciell infectiös-entzündliche von den Vasa vasorum ausgehende Veränderungen herangezogen worden und nach B. würde eine derartige Auffassung das Auftreten ganz vereinzelter Herde in grossen wie in kleineren Arterien erklärlich machen. Seiner Meinung nach könnten die hier in Betracht kommenden Arterienveränderungen von diesem Standpunkt aus in folgende Gruppen getheilt werden: 1) Fälle von acuter entzündlicher herdweise auftretender Arterienerkrankung, Arteriitis acuta; 2) Fälle von chronischer, hauptsächlich in den inneren Gefässhäuten localisirter Erkrankung, die gewöhnliche Arteriosklerosis, oder Endarteriitis deformans chronica; 3) Fälle mit diffuser Verdickung der Arterienwand ohne oder mit Herden der zweiten Form.

Was nun die Ursachen der Arteriosklerose anbetrifft, so macht B. besonders auf die mechanischen Momente aufmerksam, speciell die Drucksteigerung, die auf die Muscularis der kleinen Arterien eine ähnliche Wirkung haben muss, wie auf den Herzmuskel. Auf die toxischen Ursachen der Arteriosklerose geht Verf. nicht näher ein, betont aber, dass gerade in Bezug hierauf noch eine beträchtliche Vermehrung des Thatsachenmaterials erwünscht ist, speciell auch um Anzeichen aufzufinden, aus denen auch schon die weniger weit vorgeschrittene herdweise Veränderung einzelner Arteriengebiete innerer Organe mit einiger Sicherheit erkannt werden könnte. Durch Zusammenwirken der Klinik mit der pathologischen Anatomie wird es, wie Verf. hofft, vielleicht mit der Zeit gelingen, manche der Lücken auszufüllen, welche auf diesem Gebiete noch bestehen und namentlich dem Arzte in der Praxis sich aufdrängen und durch die dann gewonnene Möglichkeit frühzeitigeren Erkennens der Erkrankung an einzelnen Arteriengebieten gefährlichen Folgen vorzubeugen oder dieselben wenigstens hinauszuschieben.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Leitfaden der Physiologie des Menschen für Studirende der Medicin von Privatdoc. Dr. F. Schenck und Dr. A. Gurber, Assistenten am physiologischen Institut zu Würzburg. Mit 53 Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Encke 1897.

Trotz der verschiedenen Compendien, die auf dem Gebiete der Physiologie schon existiren, haben die Verfasser sich die Mühe nicht nehmen lassen noch einen neuen Leitfaden zu veröffentlichen.

Beweggründe dazu waren die in den anderen Compendien doch vorkommenden recht groben Fehler, und andererseits der Wunsch der Studirenden, ein Buch zu besitzen, das die wesentlichen Facta in Kürze wiedergiebt. Deshalb haben die Verfasser auch nur das allgemein Anerkannte gebracht und wissenschaftlich noch nicht Festgestelltes nach Möglichkeit zu besprechen vermieden. Die Figuren sind Nachbildungen aus anderen Werken, orginelles wird nicht geboten. Der 295 Seiten zählende Leitfaden ist für Studirende geschrieben und erfüllt in dieser Hinsicht seinen Zweck vollkommen, indem er einen Einblick in die gesammte Physiologie giebt; für ein gründlicheres Studium sind grössere Werke natürlich nicht zu entbehren, doch als Nachschlagebuch behufs schneller Orientirung kann es auch Aerzten empfohlen werden.

Fr. Mühlen.

Die Arzneimittel der organischen Chemie. Für Aerzte, Apotheker und Chemiker, bearbeitet von Dr. Hermann Thoms. Zweite vermehrte Auflage. Berlin. Verlag von Julius Springer 1897.

Die Arzneimittelfabrikation hat in der letzten Zeit einen colossalen Aufschwung genommen, jährlich werden immer wieder neue Mittel dargestellt, die unter ungeheuren Anpreisungen die alten zu verdrängen suchen. Es fällt dem praktischen Arzte daher häufig schwer sich unter den vielfach recht willkürlich gewählten und hochtrabenden Namen zurechtzufinden. Als guter Rathgeber steht uns nun das in 2. Auflage erschienene Werk von Thoms zur Seite. Es enthält in kurzer Uebersicht alle bis heute bereits im Gebrauch befindlichen Arzneimittel der organischen Chemie und noch eine Anzahl solcher, die voraussichtlich bald in Anwendung kommen werden. Die Mittel sind alphabetisch geordnet, mit aufgenommen sind auch die Synonyme und die wissenschaftlichen Namen; die chemische Constitutionsformel erklärt die Zusammensetzung der Körper. Die Darstellung wird bei allen Mitteln, wo sie bekannt ist, beschrieben, die Eigenschaften wie Aussehen, Geruch, Geschmack, Löslichkeit in verschiedenen Flüssigkeiten, Schmelzpunkt, auch die Art des Aufbewahrens und die Form unter welcher sie in den Handel kommen werden genau angegeben. Auch die therapeutische Anwendung ist berücksichtigt. Unter Anführung verschiedener Autoren werden die Krankheiten genannt, bei welchen die Mittel von denselben erprobt worden sind und daher von ihnen empfohlen werden. Die Maximaldosis pro dosi et die ist ebenfalls berücksichtigt. Dieses Werk ist durchaus Allen zu empfehlen, die sich über die neueren Arzneimittel instruiren wollen.

Fr. Mühlen.

Dr. J. H. Baas: Die geschichtliche Entwickelung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften. Berlin. Wreden. 1896.

Dr. B. M. Lersch: Geschichte der Volksseuchen, nach und mit den Berichten der Zeitgenossen, mit Berücksichtigung der Thierseuchen. Berlin. Karger. 1896.

Dr. J. Pagel. Einführung in die Geschichte der Medicin. Fünfundzwanzig akademische Vorlesungen. Berlin. Karger. 1898.

Derselbe: Historisch-medicinische Bibliographie für die Jahre 1875—1896. Berlin. Karger. 1898.

Wir praktischen Aerzte nehmen nur selten ein Buch zur Hand, das die Geschichte unserer Wissenschaft und Kunst zum Gegenstande hat. Die Ueberfülle des alltäglich sich darbietenden Neuen, die dringende Forderung des Berufes, sich in der Literatur der Gegenwart zu orientiren, sich immer «auf dem Laufenden zu erhalten», lassen uns meist nicht die Mühe zu historischen Studien, wenn wir den Werth derselben auch anerkennen. Dazu kommt, dass die historisch-medicinischen Werke, und gerade die gediegensten, oft wegen zu grossen Umfanges und zu trockner Behandlung des Stoffes recht schwer zu lesen sind. Daher freuen wir uns an dieser Stelle auf einige Bücher historischen Inhaltes hinweisen zu können, welche theils eine interessante und genussreiche Lectüre bieten, theils als Nachschlagewerke auch für den praktischen Arzt von Nutzen sein werden. Die soeben erschienenen trefflichen Vorlesungen Pagel's und seine Bibliographie geben uns die willkommene Veranlassung, hiermit auch zwei

schon früher der Redaction zugegangene Bücher unsren Lesern zu empfehlen.

Baas giebt in seinem 480 Seiten umfassenden, trefflich geschriebenen Werke eine fesselnde Darstellung der Entwickelung unseres Standes und unseres Faches von den Urzeiten des Menschengeschlechts bis an die Schwelle dieses Jahrhunderts. Es kann auch nicht entfernt daran gedacht werden, hier auf den Inhalt des Werkes einzugehen. Wir müssen uns darauf beschränken, die Eintheilung des gesammten Stoffes anzugeben:

In 8 Abschnitten werden behandelt: 1) Urmedicin (Medicin der schriftlosen Naturvölker). 2) Aelteste Völker mit Priester- und Kastenmedicin (Aegypter, Inder, Chinesisch-japanische Medicin). 3) Griechische Medicin (Weltmedicin). 4) Griechisch-römische Medicin im ungetheilten Reich. 5) Medicin im Mittelalter. 6) Sechszehntes Jahrhundert. 7) Siebenzehntes Jahrhundert. 8) Achtzehntes (neunzehntes) Jahrhundert. Ein jedes Kapitel bietet eine solche Fülle des Interessanten, dass man die einmal begonnene Lectüre dieses Buches nur ungern unterbricht. Es sei daher den Collegen sowohl, wie auch allen Freunden der Culturgeschichte, bestens empfohlen. Am Schlusse finden wir ein sorgfältiges, die Orientirung wesentlich erleichterndes Sachregister und ein mehrere enggedruckte Seiten umfassendes Literaturverzeichniss. Dass dabei die Ausstattung des Buches eine tadellose ist, braucht kaum erwähnt zu werden.

Lersch's Geschichte der Volksseuchen ist, wie das vorige Werk, nicht nur für den Arzt, sondern ebenso gut für den Historiker geschrieben, zugleich auch für jeden Gebildeten, der sich für die Geschichte der Völker in socialer und moralischer Beziehung interessirt. Sie enthält auf 453 Seiten ein ungeheures Material und ist nicht zu fortlaufender Lectüre geeignet, sondern als Nachschlagewerk zu gebrauchen; als solches hat das Buch gewiss einen hohen Werth. Mit bewunderungswürdigem Fleiss sind hier alle nennenswerthen, in der Literatur bekannten Epidemien und Epizootien von den ältesten Zeiten bis auf die Gegenwart chronologisch registrirt. Diese Anordnung ist gewählt worden «um die etwaige Abhängigkeit der Epidemien von einander, ihre Gleichzeitigkeit oder den Uebergang der einen Seuche in die andere und ihre Verschmelzung zu neuen Formen» besser zur Anschauung zu bringen. Bei einer jeden Epidemie sind: zeitlicher Verlauf, räumliche Ausbreitung, Character und etwaige Eigenthümlichkeiten berücksichtigt, oft mit Wiedergabe characteristischer zeitgenössischer Berichte. Da alle epidemischen Krankheiten einbegriffen sind, wird auch der praktische Arzt und der Medicinalbeamte sich oft mit Nutzen des Buches bedienen können. Haben doch gerade in neuester Zeit manche epidemische Krankheiten, wie: Influenza, Cholera, Pest, Diphtherie u. a. ein besonders actuelles Interesse gewonnen. Leider mangelt dem Buche bei der Ueberfülle des Thatsachen Materials die Uebersichtlichkeit. Im Interesse der letzteren wäre eine weitere Gliederung des Stoffes in Abschnitte und eine grössere Mannigfaltigkeit des Druckes für spätere Auflagen zu wünschen. Im Uebrigen ist die Ausstattung eine gute.

Ganz besonders sei Pagel's vortreffliche Einführung in die Geschichte der Medicin empfohlen. Die Form von akademischen Vorlesungen verleiht ihm die grossen Vorzüge lebendiger Darstellung und leichter Lesbarkeit. Die ersten 11 Vorlesungen behandeln das Alterthum und Mittelalter, die weiteren 14 die neue und neueste Zeit. Je näher wir unserer Zeit kommen, umso interessanter wird die Lectüre. Die letzten 5 Vorlesungen, die das neunzehnte Jahrhundert zum Gegenstande haben, geben uns ein Bild von den verschiedenen Schulen, deren Einfluss sich z. Th. noch in unsren Tagen geltend macht, sowie einen Ueberblick über die neueste Entwickelung der einzelnen Specialfächer in den verschiedenen Culturstaaten. So findet auch der Specialarzt hier dasjenige, was ihn interessirt. In die historische Darstellung sind zahlreiche biographische Notizen eingeflochten, wodurch das Buch zugleich als biographisches Nachschlagewerk zu brauchen ist. Wir wünschen dem ausgezeichneten Werke eine weite Verbreitung und hoffen mit dem Verfasser, dass es «in seiner vorliegenden Gestalt Doppeltes leisten wird, nämlich sowohl zur Verbreitung von Kenntnissen beizutragen, als auch zur Förderung von Quellenstudien auf dem Gebiete der medicinischen Geschichte anzuregen».

Dem letzteren Zwecke soll speciell die als II. Theil dem Werke beigefügte historisch-medicinische Bibliographie für sie letzten zwei Decennien dienen — ein capitales Monument bibliographischen Sammelfleisses! Auf 380 Seiten ist hier ein gewaltiges Material übersichtlich zusammengestellt. Die gedammte Materie ist in 3 Abschnitten getheilt: 1) Bibliographie. 2) Biographie. 3) Pragmatische Geschichte der Medicin; letzterer Abschnitt gliedert sich weiter nach Zeitaltern, Nationen und Specialfächern. Wie weit dabei der Begriff der medicinischen Geschichte gesetzt ist, zeigen die Unterabtheilungen: «Medicin in der Philosophie und Literatur», «Volksmedicin», «Homoeopathie», «Medicin. Geographie und Topographie» etc. Besondere Berücksichtigung finden ferner: Die Geschichte des Aerztestandes, der medicinischen Körperschaften und Vereine, der Streitigkeiten zwischen Aerzten, der Krankenhäuser, der Veterinärmedicin u. dgl. m. — Es ist dringend zu wünschen, dass dieses werthvolle Quellenwerk in den nächsten Decennien fortgeführt werde.

Die Karger'sche Verlagshandlung hat auch diese Bücher auf's Beste ausgestattet. Blessig.

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Pernau.
4.—6. Juni 1897.

Vierte Sitzung.

Donnerstag d. 5. Juni 4 Uhr Nachmittags.

1. Dr. v. Brakel demonstrirt einen Untersuchungsstuhl, welchen Herr Dr. Zoege v. Manteuffel construirt hat.

2. Dr. G. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber Wurmabscesse und Spulwürmer.** (Erscheint demnächst in d. St. Petersb medic. Wochenschrift).

Discussion.

a) Dr. Kussmanow-Rappel. Im Anschluss an den Vortrag des Herrn Dr. v. Bergmann möchte ich auf einen Wurmabscess aufmerksam machen, den ich Gelegenheit hatte zu beobachten. Es handelte sich um einen kyphotischen Knaben, welcher an Lungentuberculose starb. Bei der Section fand man im Körper des erkrankten Brustwirbels einen frischen Ascaris in einer Höhle freiliegend. An den Wandungen des Darmes und des Magens fanden sich keinerlei Narben.

b) Dr. v. Brakel-Dorpat. Ich hatte seinerzeit auch Gelegenheit den soeben erwähnten Fall in dem pathologischen Institute der Universität zu beobachten. So weit ich mich erinnere handelte es sich damals um einen zufälligen Befund eines Ascaris in einem tuberkulösen Abscess. Der Abscess war vom Wirbelkörper ausgegangen und in den Magen hinein perforirt.

c) Dr. Mey-Riga. Ich beobachtete eine Frau, bei welcher sich im Verlaufe dreier Monate eine auffallende Anaemie entwickelte. Die objective Untersuchung der Organe und die Blutuntersuchung ergaben keinen Anhaltspunkt der zur Erklärung der Anaemie hätte herangezogen werden können. Im Stuhle fanden sich aber Botrioceptaleneier in grosser Anzahl. Es war unmöglich der Kranken ein Anthelminthicum zu appliciren, da sie alles erbrach. Sie starb unter dem Bilde der zunehmenden Herzschwäche und eine Obduction war leider aus äusseren Gründen unausführbar. Ich glaube es wäre doch in einem solchen Falle noch möglich gewesen die Kranke zu retten, wenn man auf irgend eine Weise den Parasiten aus dem Darmcanale hätte entfernen können.

d) Dr. Wagner-Zabeln. Ich möchte zu dem eben angeführten Krankheitsfalle bemerken, dass zugegeben, es wäre möglich gewesen ein Anthelminthicum per os einzuführen, eine Heilung doch kaum eingetreten wäre. Bekanntlich findet man in solchen Fällen bei der Section keine Parasiten, trotzdem während des Lebens reichliche Menge von Eiern im Stuhl nachzuweisen sind. Man muss daher annehmen dass die von den Parasiten producirten Giftstoffe den Tod herbeiführen. Ein Anthelminthicum erweist sich in diesem Falle als wirkungslos, da die Toxine nicht durch die Wurmmittel beeinflusst werden.

e) Dr. Behr-Riga. Ich möchte mir zu dem sehr interessanten Vortrage des Herrn Collegen v. Bergmann einige Fragen erlauben. Erstens, lässt sich aus dem anatomischen Bau der erwachsenen Ascariden irgend ein Rückschluss darauf ziehen, der das Durchtreten derselben durch die Darmwand erklärt oder nicht. Liegen vielleicht über diese Verhältnisse neuere Untersuchungen vor? Zweitens können nicht die Jugendformen der Ascariden durch den Lymphstrom fortgeschwemmt werden und ausserhalb des Körpers auswachsen. Ich erinnere hierbei sowohl an die Untersuchungen Askanazys über die Trichinenwanderung als auch an das Durchtreten der Brut von Rhabditis nigrovenosum durch den Darm ihres Trägers.

f) Dr. G. v. Bergmann-Riga. Soweit mir bekannt ist, liegen neuere experimentelle Untersuchungen über die Frage, ob der anatomische Bau der Ascariden ihren Durchtritt durch die Darmwand erklärt, nicht vor. Nach Leuckart besitzen die Ascariden relativ stark entwickelte Zähnchen, welche wohl im Stande sind durch reibende Bewegungen Ulcerationen des Darmcanales zu erzeugen. Die Untersuchungen von Loss über die Anordnung der Pharyngealmuskulatur der Ascariden ergaben eine grosse Aehnlichkeit derselben mit den Hirudineen. Daher darf man annehmen, dass die Ascariden wohl im Stande sind mit ihren Mundwerkzeugen Saugbewegungen auszuführen, welche die Darmwand

verändern und einen Durchtritt ermöglichen. Was das Fortschwemmen der Ascariden- Embryonen nach Analogie der Trichinen durch den Lymphstrom betrifft, so möchte ich auf die verschiedenen Grössenverhältnisse beider Species aufmerksam machen, welche einen Durchtritt der Ascariden in die Lymphbahn mechanisch nicht gestatten.

Leider bin ich durch Zeitmangel nicht in der Lage, der geehrten Versammlung eigene Untersuchungen über die Frage des Durchtrittes der Ascariden durch die Darmwand vorzulegen. Sie wissen durch die Experimente von Salzer, Obalinski, Eiselsberg, Hochenegg, Heydenreich, dass man im Stande ist eine Darmschlinge auszuschalten und dieselbe mit vernähten Enden zu versenken. Da der Mesenterialansatz erhalten ist, so verharrt die Darmwand relativ lange in einem normalen Zustande. Diesen Umstand könnte man zur Lösung der Frage ausnutzen. Man müsste einem beliebigen Versuchsthiere ein Dünndarmstück ausschalten, einen lebenden Spulwurm hineinthun und die Enden der Schlinge ringförmig vereinigen. Der Spulwurm wäre alsdann in einem normalen Darm eingefangen und wegen mangelhafter Nahrungsaufnahme gezwungen sich aus seinem Kerker einen gewaltsamen Weg zu bahnen.

g) Dr. Mey-Riga. Ich möchte den Herrn Collegen Wagner noch einmal fragen, ob er nicht die Möglichkeit zugiebt, dass ein Krankheitsbild wie es von ihm vorhin geschildert wurde erfolgreich zu behandeln wäre?

h) Dr. Wagner-Zabeln. Ich glaube es nicht und möchte noch einmal auf das vorhin Gesagte verweisen.

i) Dr. Klemm-Riga. Mir erscheint es unwahrscheinlich, dass die Ascariden nach Analogie der Trichinenembryonen durch die Darmwand in den Körper durchdringen sollten, da nach den Untersuchungen von Askanazy die weiblichen Trichinen die Darmzotten bis zur Atrophie spiralig umklammern und die Eier direkt in den Hohlraum ablegen. Ich glaube nicht, dass bei den Ascariden ähnliche Verhältnisse vorliegen.

k) Dr. Behr-Riga. Ich weiss wohl, dass bei den Trichinen die Verhältnisse anders liegen als bei den Ascariden, aber ich wollte nur der Vermuthung Raum geben, ob nicht für alle Nematoden in Bezug auf ihre Fähigkeit zu wandern ähnliche Gesetze und die gleichen Bedingungen wahrscheinlich sind.

3. Herr Dr. A. v. Brakel hält seinen angekündigten Vortrag über **«Hernien resp. Bauchtuberculose».** (Erscheint demnächst in der St. Petersburger medic. Wochenschrift).

4. Herr Prof. Kessler hält seinen Vortrag: **Ueber Exstirpation der vagina.** (Erscheint demnächst in der St. Petersburger medic. Wochenschrift).

5. Herr Dr. Christiani spricht **über das Hebammenwesen in Livland.**

Schluss d. IV. Sitzung

d. Z. Secretär Dr. med. A. Behr

Nachtrag: Um 7 Uhr Abends hält Herr Dr. Ströhmberg einen öffentlichen populären Vortrag **«Ueber die sanitären Schäden der heutigen Frauentracht und die gegenwärtigen Bestrebungen einer Reform».** (Der Vortrag erschien im Feuilleton der Rigaschen Rundschau und der Nordlivl. Zeitung).

Mag. pharm. Emil Masing †.

Die Pflicht der Dankbarkeit drängt uns eines Mannes zu gedenken, dessen äusserer Lebensgang zwar still und geräuschlos verlief, dessen wissenschaftlichen Verdienste und langjährigen Beziehungen zur Pharmacie ihm jedoch ein andauerndes ehrendes Andenken unter seinen Fachgenossen sichern.

Der am 17. Februar a c. in Jurjew (Dorpat) verstorbene ehemalige gelehrte Apotheker und Docent an der dortigen Universität Mag. pharm. Emil Masing war am 25. Mai 1839 als Sohn des Oberlehrers der Mathematik am Dorpater Gymnasium Carl M. geboren, verlor seinen Vater jedoch bereits im 5. Lebensjahre und erhielt seine Erziehung im Hause eines Verwandten. Im Jahre 1854 trat der mittellose Knabe als Lehrling in die Lehbert'sche Apotheke in Reval ein und absolvirte nach vier Lehrjahren das Gehilfenexamen in Dorpat, um die nun folgende Conditionszeit in Fellin, Dorpat und Reval zu verbringen. 1862 bezog er die Landesuniversität und trat, da es ihm an den nöthigen Mitteln fehlte, gleichzeitig als Gehilfe in die Apotheke des Veterinärinstituts ein; da es jedoch für diesen Posten noch einen zweiten Bewerber gab und der Verwalter der Apotheke keinen von beiden beleidigen wollte, so theilten sich beide in die Stelle, dejourirten abwechselnd und erhielten dafür ein jeder 100 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung, für welche Summe unser M. lebte, studirte und noch für eine alte Tante sorgen musste. 1864 Provisor geworden, wandte er sich nach Jaroslaw um dort in der Schneider'schen Apotheke zwei Jahre lang thätig zu sein, seine Mussestunden eifrigem Selbststudium, namentlich der Erlernung der französischen und englischen Sprache widmend. 1866 kehrte er nach Dorpat zurück um die Stelle eines Provisors der klinischen Apotheke zu übernehmen und gleichzeitig zu magistriren, und erwarb sich, nach Vertheidigung seiner Dissertation: «Die Verbindungen des Cantharidins mit Basen» 1867 das Magisterdiplom. Im September 1868 zum gelehrten Apotheker am pharmaceutischen Institute der Universität ernannt, verblieb er bis zum August 1891 in diesem Amte, worauf er krankheitshalber seinen Abschied nahm und sich pensioniren liess. In diesen 23 Jahren seiner Wirksamkeit an diesem von Professor Dragendorff geleiteten Musterinstitute, in dem mit bescheidenen Mitteln so viel geleistet worden ist, liegt seine ganze Bedeutung und hat er für diese mehr Dank und Anerkennung verdient als wie ihm thatsächlich bei Lebzeiten zu theil geworden ist. Sein Amt, es trug 800 Rbl. jährlich ein, verlangte eigentlich nur eine practische Thätigkeit im Laboratorium, namentlich die Leitung und Ueberwachung der practischen Arbeiten der Examinanden, desgleichen die Anleitung der Studenten (Mediciner und Pharmaceuten) im chemischen Practicum, doch begnügte sich Masing damit nicht sondern hielt auch Vorlesungen und zwar über chemische Massanalyse, Stöchiometrie und pharmaceutische Propädeutik, wofür er ausser den Collegiengelder ein Honorar von 100 Rbl. jährlich seitens der Universität erhielt. Mit diesen unglaublich kargen Mitteln kann heutzutage kein Mensch, und sei es auch in einer Provinzstadt, leben, und musste nach anderen Einnahmequellen gesucht werden, die M. auch in reichlichem Masse in seinen von ihm ertheilten Privatstunden (Cursen) fand, die jedoch im höchsten Grade anstrengend waren und seine Gesundheit untergruben. Masing's private Lehrthätigkeit kam fast ausschliesslich den jungen Pharmaceuten zu Gute, im Laufe der Jahre vielen Hunderten, die nach überstandener Lehrzeit sich das nöthige theoretische Wissen für das zu absolvirende Gehilfenexamen zu erwerben bemühten, doch hielt er auch Privatissima für Studirende. Mit vieler Geduld und Gewissenhaftigkeit hat er diesen Unterricht jahraus, jahrein, geleitet und auch die nöthigen Leitfaden dazu verfasst; von diesen Leitfaden sind namentlich der für pharmaceutische Chemie und der für Pharmacognosie viel von Medicinern als Repetitorium benutzt worden, die sich für das beim Professor der Pharmacie zu erledigende Examen vorbereiteten.

Gegen das immer mehr zunehmende, ihm fürchterliche Schmerzen bereitende nervöse Magenleiden, das ganz besonders durch das viele Sprechen in seinen Unterrichtsstunden begünstigt wurde und gegen das ärztliche Kunst sich hilflos erwies, suchte er durch Erholungsreisen in den Ferien Linderung, die jedoch stets nur von kurzer Dauer war. Dieses Leiden machte ihn vor der Zeit alt, zwang ihn oft die Gesellschaft zu meiden und liess ihn anders erscheinen als wie er in Wirklichkeit war. Wer ihn in seinen vier Wänden kennen lernte, vielleicht bei einem Glase Stachelbeerwein den er in grosser Vollkommenheit herstellte, der lernte die Tiefe seines Gemüths und seinen liebenswürdigen reichen Humor kennen, den er sonst vor der Aussenwelt ängstlich verbarg.

Von seinen Arbeiten seien erwähnt:

Ueber Schwefelsalze. Pharm. Zeitschr. f. Russl. Jg. VII.
Ueber Pilzcellulose. Ibid. Jg. IX.
Untersuchung der Harze des Lärchenschwamms, ibid.
Ueber Ammoniumverbindungen des Cantharidins, ibid. Jg. XI.
Alkaloidgehalt des Schöllkrauts Arch. d. Pharm. Bd. VIII.
Quantitative Bestimmung des Veratrins und Physostigmins, ibid.
Untersuchung der Handelssorten des Gummi arabicum, ibid. Bd. XV und XVII.
Vergleichende Untersuchungen des Traganth und seiner Surrogate, ibid. Bd. XVII.
Ueber das Alkaloid des Feldrittersporns. Pharm. Zeitschr. f. Russl. Jg. XXII.

Ave pia anima!

Mag. P. Birkenwald.

Vermischtes.

— Am 13. Februar beging der Oberarzt am Krankenhause des Collegiums der allgemeinen Fürsorge in Mitau, Dr. Theodor Böttcher, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. — Der Jubilar war, nach Erlangung des Doctorgrades an der Dorpater Universität,



anfangs mehrere Jahre Landschaftsarzt im Gouvernement Ssaratow, dann während des russisch-türkischen Krieges Oberarzt des Dorpater Lazareths des «Rothen Kreuzes» in Simnitza und Sistowo an der Donau und liess sich 1879 als praktischer Arzt in Mitau nieder, wo er seit 1887 als Ordinator und seit 1890 als Oberarzt des obengenannten Krankenhauses fungirt.

— Der langjährige Oberarzt der Grenzbrigade zu Kretingen (Gouv. Kowno), Dr. Alphons Attelmayer, ist nach 33-jährigem Dienst in den Ruhestand getreten. Bei dieser Gelegenheit wurde, wie dem «Wratsch» von dort berichtet wird, ihm, der sich als Arzt wie als Mensch allgemeine Liebe und Achtung erworben hat, von seinen Dienstgenossen ein hübsches Geschenk dargebracht. — Dr. Attelmayer, welcher seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten hat, trat bald nach Erlangung der Doctorwürde ebendaselbst in den Dienst am Hospital der Grenzbrigade zu Kretingen und hat diese Stellung ununterbrochen bis zu seiner Verabschiedung inne gehabt.

— Die kaukasische medicinische Gesellschaft hat einstimmig beschlossen, in Anbetracht der grossen Verdienste ihres unlängst verstorbenen Ehrenmitgliedes und Gründers Dr. J. Minkewitsch um die Gesellschaft, das Bildniss desselben im Sitzungssaale der Gesellschaft aufzuhängen. Der in den Protokollen der kaukasischen medicinischen Gesellschaft abgedruckten Gedächtnissrede, welche Dr. S. A. Woino einige Tage nach Hinscheiden Minkewitsch in der genannten Gesellschaft gehalten hat, entnehmen wir, dass der Verstorbene auch ein höchst fruchtbarer medicinischer Schriftsteller gewesen ist; er hat nicht weniger als 47 Arbeiten in russischer Sprache, ca. 100 in polnischer und 3 Arbeiten in deutscher Sprache veröffentlicht.

— Zum Präses der russischen Abtheilung für öffentliche Hygienie auf der bevorstehenden internationalen Ausstellung in Paris ist der Director des Medicinaldepartements, Geheimrath Dr. L. Ragosin, ernannt worden. (Now. Wremja).

— Zum Präsidenten des Organisationscomités des bekanntlich im August-Monat d. J. stattfindenden X. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte in Kiew ist an Stelle des vor Kurzem verstorbenen Professors J. Rachmaninow, der Prof. emer. Dr. N. Bunge, gewählt worden.

— Befördert zum Staatsrath: der Docent für Chirurgie an der Universität Jurjew, Dr. W. Zöge von Manteuffel.

— Verstorben: 1) Am 4. März in St. Petersburg der städtische Sanitätsarzt Dr Nikolai Iwanow nach längerer Krankheit (Paralyse) im 63. Lebebensjahre. Der Hingeschiedene war in Witebsk geboren, hatte seine Schulbildung aber im Dörptschen Gymnasium erhalten, worauf er sich dem Studium der Medicin (1853—57) an der Dorpater Universität widmete, an welcher er 1861 auch zum Doctor medicinae promovirt wurde. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Landarzt in Livland (Anzen), war dann Arzt in Luga und Moskau, bis er sich in St. Petersburg dauernd niederliess, wo er in der letzten Zeit als Sanitätsarzt des Kasanschen und Admiralitäts-Stadttheils fungirte. Der Verstorbene besass hervorragende medicinische Kenntnisse, die er auch als Mitredacteur des Wojenno-Medicinski Journal und in den letzten Jahren als Mitredacteur des von Prof. A. Poehl herausgegebenen «Journals für medicinische Chemie und Pharmacie» gut verwerthen konnte. Grosse Verdienste hat er sich namentlich durch seine zahlreichen mustergültigen Uebersetzungen deutscher medicinischer Werke erworben, so von Prof. Ebsteins Behandlung der Fettleibigkeit. Nothnagel's und Rossbachs «Handbuch der Pharmakologie», Kornfeld's «Handbuch der praktischen Medicin» u. A. mehr. Trotz langjähriger ärztlicher Thätigkeit hat J. so wenig erübrigt, dass er — als ihn ein apoplektischer Anfall mit nachfolgender Lähmung aufs Krankenlager warf — den Literaturfonds um eine Unterstützung angehen musste. 2) Am 6. März in Moskau der Gehülfe des Oberarztes des Bassmannschen städtischen Krankenhauses, Dr. N. Pawlowski, in einem Anfalle von Angina pectoris im Alter von 44 Jahren. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er i. J. 1876 den Cursus absolvirte, und ist seit dieser Zeit an dem oben genannten Krankenhause thätig gewesen. Zugleich erfreute er sich einer ausgebreiteten Privatpraxis. 3) In Lodz am 6. März der daselbst beliebte praktische Arzt Dr. Adolf Kelm im 40. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1884 als Arzt thätig war, ist ein Opfer seines Berufes geworden, indem er nach einem Krankenbesuch in Folge von Infection an Scharlach erkrankte, dem sich eine heftige Diphtherie zugesellte. 4) Am 9. März n. St. in Königsberg der Prof. extraord. Dr. Rudolph Schneider, 60 Jahre alt, welcher seit 1876 an der Universität docirte und in den letzten Jahren die Klinik für syphilitische Krankheiten leitete.

— Vor Kurzem beging der frühere Professor der Gynäkologie und Geburtshülfe an der Universität Bonn, Geheimrath Dr. Gustav v. Veit, sein 50-jähriges Doctorjubiläum.

— An Stelle des verstorbenen Professors Tarnier ist Dr. Budin zum Professor der geburtshülflichen Klinik in Paris ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.)

— Wie aus Wien berichtet wird, soll der durch den Rücktritt Prof. Joseph Gruber's vacant gewordene Lehrstuhl der Ohrenheilkunde künftig mit der Ohrenklinik des Prof. Politzer vereinigt werden.

— Nach den «Nowosti Dnja» beabsichtigt ein Moskauer Crösus eine Heilanstalt für chronisch kranke und unheilbare arme Kinder daselbst zu errichten. Es sollen in dieser Anstalt Kinder im Alter von 6—12 Jahren Aufnahme finden, wobei sie den Winter in der Anstalt, den Sommer aber auf dem Gute des Gründers verbringen werden. Unheilbar kranke Kinder sollen nach dem 15. Lebensjahre in eine andere Wohlthätigkeitsanstalt übergeführt werden.

— Wie die «Now. Wremja» erfährt, wird zu Ende des März-Monats hieselbst eine neue medicinische Zeitung ohne Präventiv-Censur unter dem Titel «Русскій Медицинскій Вѣстникъ» («Russischer medicinischer Bote») erscheinen. Als Redacteure werden Prof. P. J. Kowalewski (Psychiater), Dr. M. P. Manassëin (Militärarzt) und Dr. W. P. Rajew fungiren.

— Die Zahl der Kranken nimmt in St. Petersburg derartig zu, dass die öffentlichen Hospitäler zur Aufnahme derselben nicht hinreichen. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat die Stadtverwaltung Räumlichkeiten zur Unterbringung von Kranken in dem städtischen Hause der Arbeitshülfe am Krjukow-Canal angewiesen und ist vom Militär-Ressort ein steinernes zweistöckiges Gebäude beim Nikolai-Militärhospital zur Unterbringung von überschüssigen Kranken der Stadt überlassen worden. In Bezug auf die Sterblichkeitsziffer übertraf St. Petersburg in der Woche von 22—28. Februar mit 28.4 pr. mille alle Grossstädte Europas, ja selbst Moskau (25,5), welches sonst gewöhnlich an der Spitze steht. Die allgemeine Sterblichkeit dieser Woche überragte die Durchschnittsziffer der letzten 10 Jahre um 15,6%.

— Von dem Organisationscomité des IX. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie in Madrid, welcher bekanntlich vom 10—17 April n. St. stattfinden wird, ist uns eine Einladung mit einem kurzen Programm zugegangen, aus dem wir nachstehend Einiges mittheilen. Der Congress wird, wie auch die früheren, 6 Sectionen für die Hygiene und 3 Sectionen für die Demographie haben. Das Hauptcommité besteht aus dem Minister des Innern (Präsident), Dr. Julian Calleja (technischer Präsident), dem Unterstaatssecretär im Ministerium des Innern und Dr. Amalio Gimeno (Generalsecretär). Der Mitgliedsbeitrag (25 Pesetas) ist an den Schatzminister M. Pablo Ruiz de Velasco, Président de la Chambre du Commerce, einzusenden, welcher sodann eine provisorische Mitgliedskarte zustellen wird. Mit dem Congress wird eine Ausstellung von Gegenständen, die auf die Hygiene und Demographie Bezug haben verbunden sein. Empfang der Congressmitglieder wird im Königl. Palais, beim Ministerpräsidenten, seitens der Stadt und anderer stattfinden. Ausflüge werden nach Toledo, Aranjuez, Granada und Escurial veranstaltet werden. Die spanischen Eisenbahnen gewähren einen Rabatt von 50%, die spanische transatlantische Schifffahrtscompagnie 33%.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. März d. J. 8662 (37 mehr als in d. Vorw.), darunter 927 Typhus — (46 mehr), 902 Syphilis — (10 mehr), 163 Scharlach — (1 wen.), 185 Diphtherie — (9 wen.), 53 Masern — (8 mehr), und 34 Pockenkranke — (8 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. März 1898

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
377	300	677	126	60	105	14	18	34	75	54	63	42	44	34	6	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 40. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 18.

Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 3, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 2, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 63, Todtgeborene 41.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. März 1898.

Tagesordnung: Discussion über das Verhalten der Löffler'schen Bacillen nach abgelaufener Diphtheritis und über die Dauer der Infectiosität der Diphtheritis.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. April 1898.

Дозв. ценз. Спб. 14 Марта 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, (2. April) 21. März **1898**

Zur operativen Behandlung der Pylorostenose.

Von

Dr. A. Selenkoff (Zarskoje Sselo).

Nach einem auf dem V. Livl. Aerztetage in Dorpat gehaltenen Vortrage. (Sept. 1893) [1].

Die operative Behandlung organischer Magenleiden ist einer der jüngsten Zweige am blühenden Baume der modernen Chirurgie. Ihre wissenschaftliche Entwickelung kann noch nicht als ganz abgeschlossen betrachtet werden; sie ist den Aerzten noch nicht in Fleisch und Blut übergegangen und erscheint vielleicht noch der Mehrzahl derselben als etwas Heroisches, als ein dem gewöhnlichen Sterblichen unzugängliches Erbtheil der grossen wissenschaftlichen Centren. Nicht diesen gilt natürlich mein Vortrag, dessen ganze Aufgabe in der möglichsten Vereinfachung der Diagnose und Indicationsstellung besteht, in der Absicht die Collegen in der Provinz und die Landschaftsärzte zur Betheiligung an der Lösung dieser Frage anzuregen.

Ziehen wir nur *die* Gruppe von Magenleiden in Betracht, welche kraft ihrer unmittelbaren Lebensgefährlichkeit den Chirurgen besonders interessiren, — ich meine die Pylorostenosen, — so treten uns auch hier gewisse Schwierigkeiten in den Weg: namentlich bei der Frühdiagnose, der zeitigen Indicationsstellung, schliesslich bei der Wahl der Operation und der Technik ihrer Ausführung. Ueberhaupt ist die ganze Frage noch jung und die Operationen werden selten ausgeführt, besonders in Russland.

Darum hat noch heute fast jeder Fall von Magenoperation Anspruch auf Interesse, und zwar nicht nur in statistischer, sondern auch in klinischer und pathologischer Beziehung. In specie gilt dieses für die jüngste aller Magenoperationen, für die sogen. *Pyloroplastik*.

Das freundliche Vertrauen einiger St. Petersburger Collegen hat mich in den Stand gesetzt, über die operative Behandlung der Pylorostenose eine nicht nur aus Büchern geschöpfte Anschauung zu gewinnen, und ich erlaube mir nun meine Erfahrungen in möglichst gedrängter Form mitzutheilen, was vielleicht zur Verbreitung der bez. Operationseingriffe beitragen wird.

Rufen wir uns zunächst das in Rede stehende Krankheitsbild, da es eben kein alltägliches ist, kurz ins Gedächtniss; sehen wir dabei von der *aetiologischen Seite* ganz ab; die letztere hat ja, wie ich später ausführen möchte, *bis zur Operation wenig Bedeutung*.

Wir wissen, dass die erfolgreiche Fortbewegung des Mageninhaltes von zwei Bedingungen abhängig ist: von der Kraft der Magenmuskulatur und von dem Widerstande des Pförtners. Verliert der letztere aus irgend einem Grunde seine Elasticität oder wird er direct verengt, wird andererseits die Muskulatur des Magens unzulänglich, so ensteht in beiden Fällen bald ein folgenschweres Missverhältniss zwischen Kraft und Widerstand. Der Magen wird «motorisch insufficient» und kann anfangs nur flüssigen Inhalt weiterbefördern, später auch den nur in geringer Menge. Die erste Folge ist die *Stagnation* der Ingesta im Magen, welche ihrerseits *Gährungsprocesse* begünstigt, den Magen mehr und mehr dilatirt und seine chemischen Functionen schädigt, ja mit der Zeit vernichtet. Die *subjectiven Symptome* sind: *Uebelkeit*, allgemeine *Schwäche*, Schwere- und Völlegefühl im Epigastrium, bes. nach dem Essen, *Hunger*, trotz regelmässiger Mahlzeit und *Durst*, trotz reichlichem Getränk. Die *objectiven*: häufiges Aufstossen von Gasen, fast tägliches *Erbrechen* gährenden Speisebreies, minimale Stuhlentleerung, ca 1 Mal wöchentlich, stetiges Sinken des Körpergewichts bei nur geringem Krankheitsgefühl; *local* finden sich: Eingesunkensein des Unterleibes bei (vor dem Erbrechen) Aufgetriebenheit des Epigastriums, in welchem breite Wellen von Magenperistaltik leicht

[1] Der krankhafte Zustand meines Nervensystems hat mich bis zum letzten Herbst am wissenschaftlichen Arbeiten verhindert.

sichtbar werden, da es fast gänzlich von dem erweiterten, oft bis unter den Nabel reichenden Magen eingenommen ist.

Dies ist das krasse, in rohen Zügen hingeworfene Bild der Verdauungsasphyxie, wie ich sie nennen möchte: Selbstverständlich drückt ihr die jeweilige Grundkrankheit hie und da ihren individuellen Stempel auf.

Bald treten dann noch drohendere Zeichen von Inanition auf; die allmählich immer schärfer gezeichneten oben genannten Symptome verwischen sich, das Hungergefühl schwindet, Pulsschwäche und -beschleunigung, subnormale Temperaturen, Blässe, Schwindel bei aufrechter Stellung, erschreckende Abmagerung — beherrschen die Situation, und der Kranke muss an seiner progressiven Pylorostenose — ganz abgesehen von dem sie bedingenden Leiden — ebenso sicher zu Grunde gehen, wie an einer stetig sich steigernden Laryngostenose — NB. wenn wir nicht abhelfen. Es ist noch nicht lange her, dass der Gedanke an eine solche Abhülfe als kühne Phantasterie erschien; heutzutage darf man mit ruhigem Gewissen den Satz aufstellen, dass ein Kranker, unter ärztlicher Aufsicht, ebensowenig an einer Pylorostenose an sich zu Grunde gehen dürfe, wie an einer Laryngostenose oder Urethralstrictur an sich. Ja, nach einem Jahrzehnt wird man sicher noch hinzufügen können, dass die Erkennung und Behandlung der ersteren kaum schwieriger ist, als die uns heute langgewohnte der zweiten.

Was nun die Ursachen der Pylorostenose betrifft, so können sie im Pförtnertheil oder ausserhalb desselben liegen. Vor Allem sind es maligne Tumoren, dann ulcerative und entzündliche Processe, sowie Verätzungen, welche sämmtlich zu narbiger Schrumpfung oder Winkelbildung, Verhärtung oder Verdickung des Pylorustheils führen; schliesslich sind noch die einfache Hypertrophie des Pylorusrings, sowie die angeborene Enge desselben zu nennen.

Die Differentialdiagnose des Grundleidens ist leicht nur bei constatirter Verätzung, wenn Oesophagus und Cardia frei geblieben oder freigemacht sind, weil das Leiden dann acut auftritt. In den übrigen, meist schleichend und chronisch verlaufenden Fällen ist sie oft schwierig, zuweilen unmöglich und selten sicher. Die relative Unzuverlässigkeit der stets wieder hervorgehobenen differential-diagnostischen Momente für Carcinoma resp. Ulcus ventriculi, hat noch 1891 Kollmar[2]) in einer fleissigen Arbeit grell beleuchtet. Alter, Character der Schmerzen, Blutungen, Abwesenheit freier HCl, Nachweis eines Tumors, Ernährungszustand, — haben sämmtlich nur eine relative Entscheidungskraft; ja die 3 Jahre überschreitende Dauer des Leidens schliesst das Carcinom noch nicht aus, denn es sind Fälle bekannt, wo ein ulcus simplex nach Jahren krebsig entartete.

Ziehen wir nun angesichts dieser Schwierigkeiten in Betracht, dass nach den statistischen Berichten die meisten Todesfälle nach Magenoperationen durch Shok, Collaps, Inanition, Herzschwäche etc. erfolgt sind, weil also die operative Hülfe zu spät kam, so wäre für den behandelnden Therapeuten folgender Grundsatz beherzigenswerth: Zur Indicationsstellung auf unverzüglichen operativen Eingriff genügt der Nachweis einer stabilen resp. progressiven Pylorostenose, selbst bei ganz unklarer Diagnose des Grundleidens. Er muss im Auge behalten, dass eine Magenoperation einen gewissen Vorrath an Herzkraft voraussetzt, und keine theure Zeit auf Detaildiagnose verwenden, ebenso wie bei der Laryngostenose. Die nähere Bestimmung des Grundleidens sowie die Wahl der Operationsmethode soll er dem resp. Operateur überlassen Letztere Fragen sind oft genug erst aperto abdomine, und auch dann nicht immer leicht, zu beantworten. Jede Magenoperation ist also in erster Linie eine diagnostische Laparotomie, welche ja an sich, unter guten Operationsverhältnissen, nicht nur ganz ungefährlich ist, sondern sogar oft — bei Unmöglichkeit wahrer operativer Hülfe — überraschende subjective Besserungen hervorruft, (Suggestion oder Derivans?) wie ich das an 2 hoffnungslosen Patienten (1 Sarcom, 1 Carcinom) selbst erfahren habe. Diese beiden Kranken starben, 2—3 Wochen nach dem Probeschnitt, in der Ueberzeugung, sie seien radical operirt, ganz frei von schweren Leiden.

Die in Betracht kommenden Operationen sind, historisch geordnet, folgende:

1. Resectio pylori (Pylorectomia), eingeführt von Péan 1879, Billroth 1881. (erster Erfolg).
2. Gastroenterostomie v. Wölfler 1881.
3. Divulsio pylori (digitale Dehnung des Pförtners) von Loreta 1883.
4. Partielle Resection von Czerny-Maurer-1883.
5. Pyloroplastik von Heineke-Mikulicz 1886.

Interessant ist an dieser Reihe, dass man, sit venia verbo, vom «dicken Ende» angefangen und dadurch den Chirurgen den Weg zu den weniger eingreifenden Operationsmethoden gebahnt hat.

Bevor wir zur Analyse der ebengenannten Methoden übergehen, erscheint es nothwendig, die gebräuchlichen diagnostischen Untersuchungsmethoden kurz aufzuzählen, welche bei der Feststellung der Pylorostenose üblich sind.

Die Diagnose gründet sich auf folgende Symptome in ihrer Gesammtheit:

1. Reichliches Erbrechen (von 3—10 Pf. und mehr,) mehrmals in der Woche oder täglich, von sauergährendem und unverdautem Speisebrei (trotz mässigem Essen). Dieses Erbrechen zerstört lange Zeit den Appetit nicht, erscheint nach mehrstündiger, krampfhafter Peristaltik des Magens (welche oft auch sichtbar ist) und weicht keiner medicamentösen Behandlung, sondern nur der täglichen Leerspülung des Magens durch die Sonde[3]). Nach dem Erbrechen oder Leerspülung tritt Euphorie ein.

2. Seltene und spärliche Stühle oder gar gänzlicher Mangel derselben, bei Eingesunkenheit des Unterleibs.

Dabei Verringerung der Urinquantität bei oft alcalischer Reaction des Urins, dessen Indicangehalt erhöht ist.

3. Allmähliches und stetiges Sinken des Körpergewichts und der Kräfte; trotz fortgesetzter Nahrungsaufnahme beständiges Hungergefühl.

4. Erweiterung und Erschlaffung des Magens. In aufrechter Stellung ist, nach Aufnahme von 2—4 Glas Wasser, die grosse Curvatur (der Magenfundus) an oder unter der Nabelhorizontalen percutorisch nachweisbar. (Methode von Dehio-Taube). In Rückenlage tritt eine ausgebreitete Dämpfung im Gebiete der 4 letzten wahren Rippen (von der Mammillar- bis zur hinteren Axillarlinie) auf und verschwindet nach Umlagerung des Kranken auf die rechte Seite. (Kernig).

Bei Aufblähung des Magens mit Kohlensäure (zuerst 1—2 Theelöffel Soda, darauf ebensoviel Weinsäure) nach Frerichs und bei Luftanfüllung durch die Magensonde, werden seine Grenzen sichtbar, sind durch Percussion zu controlliren und erstrecken sich gewöhnlich bis unter den Nabel.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 5 u. 6.

[3]) Von den Magensonden benutzt man am besten die aus weichem Gummi gefertigten und mit einem schwarzen Strich an der Stelle, welche zwischen die Schneidezähne kommen soll. Diese Instrumente sind von Dr. H. Westphalen angegeben und bei Malm (Gr.. Morskaja) zu haben.



5. Nach Einnahmne von 0,5 Salol, tritt die Reaction auf Salicylursäure im Harn (Zusatz einiger Tropfen Salzsäure, dann einer 10% Lösung von liqu. ferri sesquichlorati giebt violettrothe Färbung) erst nach 3 Stunden oder viel später auf und hält sich mehr als 24 Stunden. Nach Einnahme von 0,5 Jodkalium (in oblata) erscheint die Jodreaction im Speichel nicht vor Ablauf einer Stunde. Nach Eingiessen (p. Sonde in den leeren Magen) von 100—200 Ccm. Oel, werden nach 2—3 Stunden 80—90% derselben (p. Sonde) wieder exprimirt. (Klemperer).

6. Sodbrennen, Aufstossen von Gas, Uebelkeit, Gefühl von Schwere im Epigastrium, treten 1—2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme auf und dauern gewöhnlich bis zum Auftreten von Erbrechen oder bis zur Leerspülung des Magens. Bei Succussion der Oberbauchgegend hört man bei gefülltem Magen ein lautes Plätschern.

Der dauernde Bestand dieser Erscheinungen (bei Fieberlosigkeit) in ihrer Gesammtheit genügt vollständig zur Diagnose einer Pylorostenose.

Freilich wäre die Beantwortung der Frage nach dem Chemismus des Magens (durch das Probefrühstück nach Ewald oder die Probemahlzeit nach Leube, ferner der Nachweis freier Salzsäure und von Gährungssäuren im Mageninhalt) wünschenswerth zur Ergänzung des klinischen Bildes; aber man kann diese dem Landarzt wenig zugänglichen Methoden gerne missen, wenn nur die 6 angeführten Punkte vorhanden sind. Ein Magen, dessen motorische Thätigkeit gelitten hat, muss auch in chemischer Beziehung schlecht functioniren.

Wenn einmal die Pylorostenose festgestellt ist, muss der Arzt seine volle Autorität daran setzen, um den Kranken zum Einverständniss mit einem unverzüglichen operativen Eingriff zu bewegen. Sein Schwanken würde immer zu gefahrvollem Zeitverlust führen. Der Operateur hat sich jedes Mal auf alle obengenannten Operationsformen vorzubereiten, da die Specialindicationen erst nach Erhebung des jeweiligen Thatbestandes aperto abdomine zu stellen sind.

Gehen wir jetzt zur Analyse der einzelnen Operationsformen über, wobei ich die bezüglichen Krankengeschichten und Epikrisen anreihen will.

1. Pylorectomie. Da ich keine persönliche Erfahrungen über diese Operation gesammelt habe, will ich mich nur auf einige Bemerkungen beschränken. Die unmittelbare Mortalität nach derselben erreicht, in den besten Händen, 50—60%. Dabei muss man in Rechnung bringen, dass nicht alle Operateure (in specie die praktischen Aerzte, welche über kein so grosses Material verfügen, wie die Kliniker) ihre ungünstig verlaufenen Fälle veröffentlicht haben. Durch diesen Umstand wird die muthmassliche Sterblichkeit nicht unbedeutend erhöht.

Dem prophetischen Ausspruch Billroth's (auf dem Chir. Congr. 1882) gemäss hat die Pylorectomie die anfangs auf sie gesetzten Hoffnungen stark getäuscht. Die Indicationen dieser Operation wurden auch mit der Zeit seitens der Autoritäten bedeutend eingeengt. So sagt z. B. Czerny in seinem umfangreichen Bericht in der zu Ehren Billroth's 1890 erschienenen Festschrift der «Beiträge zur klin. Chirurgie»: «So paradox es klingen mag, möchten wir fast behaupten, dass der Magenkrebs nicht mehr radical operirt werden sollte, wenn man ihn als Tumor sicher diagnosticiren kann»![4]) Also nur der unerwartete Befund einer Krebsgeschwulst nach Eröffnung der Bauchhöhle bei Pylorostenose sollte zur Pylorectomie führen. Die Resectio pylori bei Narbenstenose oder ulcus (Rydygier) wird auch selten geübt, meiner Ansicht nach auch mit Recht, da sie stets durch weniger lebensgefährliche Operationen ersetzt, resp. umgangen werden kann. Wer Einmal einen Kranken in Folge von Resection bei gutartigem Leiden verloren hat, wird wenig Lust haben diesen Versuch zu wiederholen.

[4]) s. diesen Band. pag. 672.

2. Die Gastroenterostomie schafft eine neue Communication zwischen Magen und Dünndarm und erfüllt somit bei Carcinom die indicatio vitalis und i. symptomatica, analog der Tracheotomie; sie wirkt häufig radical bei Narbenstenose und ulcus. Da ich mich bereits gelegentlich meines ersten Falles[5]) über diese Operation ausgesprochen habe, will ich nur hinzufügen, dass mir die gastroent. retrocolica posterior (welche jetzt beständig von Czerny geübt wird) als die rationellste Methode erscheint. Sie hat nämlich das vor den anderen (antecolica ant. und poster. und retrocol. anter.) voraus, dass sie die Spornbildung vermeiden hilft, andererseits aber, dank der niedrigen Lage der Anastomose, den Uebertritt der Ingesta in den Darm auch in Rückenlage begünstigt und die Coloncompression (wie in einem Falle von Lauenstein[6]) ausschliesst.

Ich verfüge über 4 Fälle von Gastroenterostomie:

Mein 1. Fall ist l. c. veröffentlicht und bezog sich auf eine 41-jährige Bäuerin mit Pylorus- und Lebercarcinom. Operation nach Wölfler; functioneller Erfolg gut. Nach 2 Monaten — Tod an carcinöser Peritonitis.

Mein 2. Fall ist von Dr. H. Westphalen beschrieben worden[7]). Er betraf einen 32-jährigen Mann, welcher nach jahrelangem Magenleiden eine so hochgradige Atonie der Magenmuskulatur darbot, dass fast gar keine Fortbewegung der Ingesta zu Stande kommen konnte. Die Diagnose lautete auf Atrophie der Magenwände, hauptsächlich des fundus: trotz des negativen Befundes in Bezug auf Pylorostenose, machte ich ex consilio, nachdem jegliche Therapie im Laufe von 2 Monaten gescheitert war, den verzweifelten Versuch dem Magen seine motorische Aufgabe zu erleichtern, und führte die Gastroenterostomie anter. antecolica am 27. October 1889 aus. Da der Pat. bereits sehr erschöpft war (K. Gew. Ende August 44,3 vor der Operation 36,1) so war es schwer auf Erfolg zu rechnen. Der Kranke starb auch am 3. Tage p. op. unter den Erscheinungen der Inanition. Die Section ergab Atrophie aller Schichten des Magenfundus, einen chron. tuberculösen Herd in der Spitze der r. Lunge und braune Atrophie des Herzmuskels.

Somit lag die Todesursache nicht in der Operation sondern in der Verspätung derselben in Folge der ungewohnten Indication, welche mehrfach Consultationen hervorgerufen hatte. In Bezug auf die Rechtfertigung der Indication in diesem Falle verweise ich auf die Ausführungen des Collegen Westphalen l. c.

3. Paul Kr. 35-jähriger Arbeiter aus Dorpat; trat am 27. Januar 1893 ins Alexander-Männerhospital in die Abtheilung des Dr. H. Westphalen ein. Bis Juli 1892 gesund, litt er früher nur an Obstipation und nahm dagegen Abführmittel. Im Sommer 1892 hat er während der Cholerazeit viel Pfefferschnaps (als Praeservativ) getrunken. Im Dec. 1892 Empfindlichkeit des Epigastriums, sowie Gefühl von Druck und Völle daselbst und starke Nausea, so dass Pat. häufig künstlich Erbrechen hervorrief. Nach dem Essen Aufstossen, widriger Geschmack im Munde und Sodbrennen. In der letzten Zeit bedeutende Abmagerung, Schwindel und Ohrensausen bei aufrechter Stellung, nach dem Essen Kopfweh und allgemeine Schwäche. Weder Dyspnoe noch Herzklopfen. Beständige Constipation, nie Diarrhöe. Die physikalische Untersuchung ergab:

a) Allgemeine Anaemie und Magerkeit; Tiefstand und Erweiterung des Magens, sowie Schlaffheit seiner Muskulatur. Bei dem Dehio-Taube'schen Versuch sinkt die grosse Curvatur nach dem 3. Glase auf 1 Querfinger unter den Nabel. Kein Tumor zu fühlen.

b) Nach Ewald's Probefrühstück: starke Gährungserscheinungen im Magen, Farbe chocoladenbraun, starke Stagnation, verminderte HCl und Peptonbildung. Enthält viel Schleim, grosse Mengen von Bacterien und Sprosspilzen, auch Sarcine Haeminprobe negativ.

c) K. Gew. 133 Pf. Motilität des Magens stark herabgesetzt. Der Klemperer'sche Versuch ergiebt dass von 100 ccm. Oel 90 ccm. wieder exprimirt werden.

[5]) St. Petersb. Med. Woch. 1889 Nr. 43 und 44.
[6]) Centralbl. f. Chir. 1883. Congressbericht.
[7]) St. Pet. Med. Woch. 1890 Nr. 37 u. 38.

Auf Grund dieses Zustandes wird die Diagnose gestellt: Stenosis pylori, wahrscheinlich krebsiger Natur. Der Kranke verlässt das Hospital um behufs Operation wiederzukehren, was auch am 4. Februar geschieht. Vor der Hand wird noch ein Versuch gemacht dem Kranken ohne Operation zu helfen (tägliche Magenspülung, Ac. muriaticum int, gtt. X—XXX pr. d. Tinct. nuc. vom. und Extr. spirit. nuc. vomic. bei leichter Diät), doch war dieses ganz erfolglos. Das K. Gew. sank im Laufe eines Monats um 4 Pf. Weder das chemische noch das motorische Verhalten des Magens besserte sich; es trat Erbrechen von schwarzen, blutigen Massen auf.

7. März. Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in lin. alba vom proc. xyphoid. bis zum Nabel, erwies sich, dass die pars pylorica des Magens hinten fixirt, und von einer Geschwulst eingenommen, welche sich längs der kleinen Curvatur fast bis zur Cardia ausbreitet. Darum wird von einer Resection Abstand genommen und die Gastroenterostomie nach v. Hacker (anterior retrocolica) gemacht. Eine 50 Cent. von der plica duodenojejunalis entfernte Jejunumschlinge wird durch eine Oeffnung im mesocolon transv. und durch das Netz an die vordere Magenwand gebracht. (Die betr. Oeffnungen werden mit d. Zeigefinger gemacht). Hier wird sie anfangs durch Serosa-Nähte 2 fingerbreit oberhalb der grossen Curvatur 5 ctm. lang fixirt (fortlaufende Seidennaht). Darauf wird die Magen- und Darmwand parallel der Nahtreihe incidirt und die Schleimhautnaht circulär ausgeführt (auch fortlaufend, aber 2 mal unterbrochen, um Schnürung zu vermeiden); schliesslich wird die vordere Serosanaht ausgeführt und die genähte Stelle der Magenwand hart an das mesenteriale Fenster gezogen. Die Bauchwunde wird durch einzelne, die ganze Bauchwand durchdringende Knopfnähte geschlossen.

Abends starke Schmerzen, welche bis zum 3. Tage dauerten. Am 2. Tage Temp. und Puls normal. Alcalisches Mineralwasser zum Getränk, wird Abends erbrochen. Am 3. und 4. Tage erhält Patient Milch (2-stündlich ¼ Glas) und Wein. und verträgt beides gut. Am 6. Tage, nachdem Ol. Ricini gute Darmausleerung bewirkt hatte, wird Pat. ausgiebiger genährt (Suppe, Omelette, gehacktes Fleisch). Am 7. Tage erwies sich beim Verbande die Bauchwunde p. primam geheilt; die Nähte werden entfernt; Collodium-Watte aufgelegt. In den folgenden Tagen leichter Meteorismus, vorübergehende Schmerzen in der rechten Bauchseite, Erbrechen. Am 18. Tage Diastase der Narbe wegen kleinen Abscesses. Am 26. Tage wird Pat. ausser Bett gebracht und eine Wägung ergiebt Zunahme des K. Gew. um 9 Pf. Den 7. April, also 1 Monat p. oper., ergiebt eine Untersuchung Versiegen der Magensaftsecretion, doch gute Motilität. Bei der Ausspülung nüchtern erweist sich der Magen leer. Der Klemperer'sche Oelversuch ergab, dass nach 2 Stunden 90% in den Darm übergeführt wurden. Wohlbefinden. 17. April, 40 Tage p. op. mit 128 Pf. K. Gew. entlassen, welches vor der Operation auf 116 Pf. gesunken war, bedeutende Besserung bis zur Arbeitsfähigkeit, so dass Pat. bis Ende Juni d. J. das Gefühl des Wohlseins hatte (K. Gew. 140 Pf.) Am 12. Juni stellte sich Pat. Dr. Westphalen vor, da wieder Beschwerden vorhanden waren. Die Untersuchung ergab, dass Morgens bei Spülung wieder etwas stagnirende Speisereste vom vorigen Tage herausbefördert wurden, in denen Fettsäuren, Sprosspilze und lange Bacterien, Schleim, keine Sarcinen nachgewiesen wurden. Jodkali-Versuch gab Reaction im Speichel nach ¼ Stunde. Tumor im Epigastrium wuchs schnell und hatte bald die Magendarmfistel überwuchert, da wieder Stenosenerscheinungen auftraten. Tod zu Ende Juli, also 4 Monate p. oper.

Auch in diesem Falle war die palliative Wirkung der Gastroenterostomie eine glänzende Die Operation hat das Leben des Pat. nicht nur 4 Monate verlängert, sondern ihn auch von den schweren Symptomen der Pylorostenose befreit, so dass er wieder arbeiten konnte und sogar von seiner endgültigen Heilung überzeugt war.

4. Marie Hänninen 27 Jahre alt, Dienstmagd aus Finnland, trat am 21. November ins Evangelische Hospital ein, mit Klagen über 1½ Jahre dauernde Uebelkeit, Völlegefühl und Schmerzen im Leibe. Vor 4 Monaten verschlimmerte sich der Zustand, besonders wurde ihr das Dienen unmöglich gemacht.

Die Diagnose schwankte anfangs, den im Hospital beobachteten Symptomen entsprechend, zwischen beweglicher Niere und Magencatarrh. Der Zustand der Kranken war sehr wechselnd; das K. Gew. wuchs und fiel, der im r. Hypochondrium fühlbare Tumor von Faustgrösse war sehr mobil und schien nicht zu wachsen, war auffallend wenig empfindlich. Endlich, den 10. März, nach einer Consultation mit Dr. Kernig, gelang es die fragliche Niere an normaler Stelle nachzuweisen und mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Pylorustumor (wohl gutartiger Natur) zu diagnosticiren. Am 17. März wurd bei K. Gew. von 44,7 Kilo zur Operation geschritten. Der Schnitt in linea alba legte eine bewegliche Geschwulst des Magenausganges bloss, das Netz erwies sich als stark geschrumpft und bedingte eine Verbackung des Magens mit dem Colon transversum, in welcher, wie auch im Netz, mehrere Knoten von Haselnussgrösse eingebettet lagen. Der Tumor (also wohl Sarcom) nahm an der vorderen Seite des Magens gegen 8 Ctm. ein. und stellte eine harte, rundhöckerige Infiltration der Wand dar. Der Pylorus erwies sich bei der, von einem Einschnitt in die vordere Magenwand aus, vorgenommenen Untersuchung, als stark verengt, nicht dehnbar. Die Verbreitung der Geschwulst auf Netz und Colon nöthigte mich von der Resection abzusehen und die Gastroenterostomie auszuführen, wobei der obige Einschnitt als Fistelöffnung benutzt wurde. Der vorhin beschriebene Zustand des Netzes zwang mich in diesem Falle von der v. Hacker'schen Methode Abstand zu nehmen; ich musste mich darauf beschränken eine Darmschlinge nach Wölfler über das Colon transv. zu werfen und eine Anastomose (wie oben beschrieben) zwischen Magen und dem Anfangstheil des Jejunum herzustellen. — Nach der Operation war der Kräftezustand durchaus befriedigend, der Puls voll, 88 in der Min. Gegen den Abend trat 2 Mal galliges Erbrechen auf, was die Ordination von Opiumeispillen p. os und eine Morphiumeinspritzung zur Nacht nöthig machte. Am folgenden Tage erbrach die Pat. 2 mal, am 3. Tage 1 mal, darauf nicht mehr. Die zweite Nacht verbrachte die Pat. schmerzlos, schlief gut. Vom 3 Tage an erhielt sie kleine Mengen saure Milch, welche gut vertragen wurden. Der erste gute Stuhl trat am 5. Tage ein. Vom 7. Tage an — Euphorie, nach dem Essen keinerlei Beschwerden, die Nähte wurden am 9. Tage, nach Heilung der Bauchwunde, entfernt. Vom 10. bis zum 17. Tage fieberte die Kranke bis 39,1°; als Ursache ergab sich eine Tonsillitis follicularis. Nach dieser kleinen Complication war der weitere Verlauf vollkommen glatt und den 5. Mai konnte Pat. mit K. Gew. v. 44,4 Kilo entlassen werden. Am 19. Mai war d. K. Gew. auf 44,78 Kilo, am 28. Mai auf 49,53 Kilo gestiegen. Bis zum Anfang August fühlte sie sich ganz wohl und war vollständig arbeitsfähig. Dessenungeachtet, dass bereits bei der Entlassung eine Vergrösserung der Geschwulst nachgewiesen war, begannen die Stenosensymptome erst 3 Monate später. Anfangs vertrug Patient. keine feste Nahrung, später wurde auch die flüssige erbrochen. Den 16. August kehrte sie ins Hospital zurück, wo die Untersuchung nachwies, dass der Tumor das ganze Epigastrium einnahm und offenbar die Anastomose überwuchert hatte, hochgradig schmerzhaft war; Pat. hatte gegen die letzte Wägung 2000 gr. verloren und ging allmählich an Inanition zu Grunde. Tod gegen Ende August. Die Section bestätigte die Diagnose und Ueberwucherung.

Wäre im gegeb. Falle nicht viel Zeit auf die Diagnose verwandt worden, so hätte wahrscheinlich eine früher ausgeführte Operation den radicalen Charakter, nicht den palliativen gehabt. Nichtsdestoweniger aber kann man, unter sothanen Umständen, sich mit der Verlängerung des Lebens um 3 Monate, während derer die Pat. schmerzfrei und arbeitsfähig war, zufrieden geben.

3. Dehnung des verengten Pylorus auf stumpfem Wege, durch Finger oder Dilatator, nach Loreta. (1883) Diese Operation, welche von ihrem Erfinder als die ungefährlichste hingestellt und bei Narbenstenose oder Hypertrophia Pylori empfohlen wurde, hat sich als unzulänglich erwiesen, da die meisten der operirten Fälle Recidive zeigten. In Deutschland hat sie von vorn herein kein Vertrauen erweckt und ist auch fast gar nicht geübt worden.

Es war wohl schon a priori nicht anzunehmen, das eine Strictur durch einmalige, wenn auch bedeutende Dehnung beseitigt werden könnte. Um die Idee der Operation in ihrer Ausführung der allmählichen und erfolgreichen Dehnung der Urethralstricturen näher zu bringen, haben auch Caponotto und Hahn schon den Vorschlag gemacht, nach Anlegung einer Magenfistel (Gastrostomie) methodische Bougierungen des Pylorus vorzunehmen; doch scheint dieser Vorschlag keine Nachahmer gefunden zu haben.

Der folgende von meinen Fällen, welcher anscheinend ganz besonders für diese Operation geeignet schien, da weder Tumor, noch Ulcusnarbe vorlag, kann als weiterer Beweis für die Unzuverlässigkeit derselben dienen.



Michael M. 32 J. Dorfschullehrer aus Ostaschkow, trat am 29. November in das Alexander Männerhospital (Abth. d. Dr. H. Westphalen) ein. Er litt seit ca. 4 Jahren an Magenbeschwerden, besonders Appetitmangel, Uebelkeit, Schweregefühl p. caenam, Sodbrennen, Ructus. In letzter Zeit hatten die Beschwerden stark zugenommen und besonders Nachts traten krampfartige Schmerzen im Epigastrium ein: «die Schmerzen raubten dem Kranken den Athem», wie er sich ausdrückte, und wurden durch Speisezufuhr eher gelindert. Bei leichter Kost waren sie geringer, als bei gemischter; Brod und Mehlspeisen machten schwere Anfälle. Veränderung der Körperlage mässigte oft den Schmerz; Erbrechen war selten spontan, aber oft künstlich hervorgerufen, da es Erleichterung brachte. Es enthielt nie Blut, ebensowenig der stets retardirte Stuhl. Icterus nie dagewesen. Phagophobie besteht seit vielen Jahren.

Status. Hochgradige Anaemie und Abmagerung. K. Gew. 109 Pf.: Gesichtsausdruck traurig, deprimirt. Thorax lang und schmal; Herz- und Lungenbefund normal ausser dem kleinen, leicht compressiblen Pulse. Nervensystem: Nach Trauma in der Jugend oft Kopfweh, zuweilen Schwindel, kein Herzklopfen. Schlaf ziemlich gut, durch Schmerzen und Auffahren gestört. Agoraphobie Hang zur Einsamkeit, Heredität nicht nachweislich, da Pat. Findling. Kein Globus oder Clavus hystericus. Die Cardialgie strahlt in Rücken und Becken aus, Paraesthesien in Armen und Beinen. Reflexe: an der Patella sehr stark, am Biceps auch erhöht, an den übrigen Stellen normal. Nervenstämme nicht druckempfindlich, der 6—7. proc. spinosus stark empfindlich. Gesichtsfeld normal, Muskelkraft erhalten. Bauch kahnförmig eingezogen. Epigastrium nicht druckempfindlich. 2 fing. br. über dem Nabel fühlt man ein quergelegenes, strangförmiges Gebilde sich nach beiden Seiten hin verlierend, mit der Respiration wenig verschieblich, Magen bei 2 Gl. Wasser Inhalt — 2 fing. br. über dem Nabel; kein Plätschern bei Succussion. Mehr Inhalt macht grosse Schmerzen, doch keine sichtbare Peristaltik. Milz palpabel, Leber normal gross. Nieren nicht zu fühlen, Darmschlingen leer, palpabel. In chemischer Beziehung: 1 Stunde nach Ewalds Probefrühstück — 2 Glas exprimirten Inhalts, enthalten keine freie HCl, wohl aber Milchsäure, und Milchrester von der Nacht her. Pepton und Zucker vorhanden, viel Schleim. Mikroskopisch: bei Gramfärbung viel Sprosspilze, kurze Stäbchen, Fäden und lange Stäbchen, sowie Kokken. Ordination: Vichy, Milch. 3 Eier. 2. December Magenspülung nüchtern, 1000 Ccm. ein, 1000 aus; galliger Schleim und Milchklümpchen, Fettsäure-Nadeln, viel Milchsäure, keine HCl. Schluss: keine Hypersecretion, motorische Insufficienz, Stagnation, Gährung, Harn sp. Gew. 1012, keine abnormen Bestandteile. Ordin.: Ac. muriat. 10 Tropfen 3 mal tgl. Milch, Eier, Vichy, Mannagrütze, saure Milch. 3. December Probefrühstück. Thee und Weissbrod macht Schmerzen. Freie HCl. nachgewiesen 0,4745%[8]) Nach Milch und Ei wenig Schmerzen, nach Grütze mehr. Ac. muriat. macht auch Schmerz.

Objectiver Befund: Neuropathische Constitution, Milztumor, gestörte Motilität und Chemismus des Magens, Schmerzen von der Art der Nahrung abhängig.

Diagnose: Ulcus ventriculi (?) Gastritis chron. consec. Ordination: Morg. Vichy, Tags alle 2 Stunden geringe Mengen von Milch, Eiern, saurer Milch. Ac. muriat. gtt X 2 p. d. Nachts Spülung. Die Schmerzen kehrten in ganz unregelmässiger Weise wieder ohne dass die Ursache derselben zu erfassen gewesen wäre. 5. December. Die Schmerzen beruhigen sich auf 4 Stunden nach Galvanisation des Epigastriums kehrten aber darauf wieder. 6. December. K. Gew. 105 Pf. (in 7 Tagen Verlust von 4 Pf.) Es wird zuerst excl. Milch- dann Fleisch-Kost, dann gemischte Kost versucht, wobei jede Veränderung eine Besserung brachte, welche aber bald verschwand. Die Diagnose wurde wegen der nervösen Erregbarkeit (Hyperaesthesie) des Magens schliesslich auf Neurose gestellt. Seit dem 20. December stellte sich aber tägliches Erbrechen (1—2 Stunden nach dem Essen) ein, welches keiner Behandlung weichen wollte und eine offenbare Stagnation des Speisebreis im Magen bewies. Mittlerweile sank das K. Gew. z. 11. Januar auf 95½ Pf. Prof. Tiling fand bei einer Consultation, dass die Symptome der Stenosis pylori nicht deutlich ausgesprochen seien und wies den Vorschlag einer Operation ab. Allein der Zustand des Kranken besserte sich bei medicamentöser Behandlung durchaus nicht. Schmerz, Nausea und Erbrechen (letzt. oft künstlich hervorgerufen als Palliativum) wurden durch Extr. nuc. vomic. nur noch ärger, das K. Gew. sank am 18. Januar 1893 auf 91 Pf. An diesem Tage constatirten wir mit Dr. Westphalen, nach Einnahme von 2 Gl. Wasser, sichtbare Peristaltik des Magens und deutliche Senkung der grossen Curvatur, welche als spindelförmiges Gebilde in Nabelhöhe zu palpiren war. Die kleine Curvatur schien unter dem proc. xyph. auch fühlbar zu sein. Dieser Befund und die unleidlich gewordenen Antecedentien liessen mit einiger Sicherheit eine relative Stenose des Pylorus (Hypertrophie und Krampf bei motor. Insufficienz des Magens) diagnosticiren und es wurde beschlossen am folgenden Tage 19. Januar einen Probeschnitt mit event. daran schliessender Operation zu machen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Oberarztes Dr. Moritz, sollte diese nur in Loreta'scher Dehnung des Pförtners bestehen. Unter Cocaineinspritzung längs der Linea alba (fast ohne Chloroform) wurde die Peritonealhöhle vom proc. xyphoid. bis zum Nabel eröffnet. Es erwies sich kein Tumor, aber der Pylorus war verdickt, ohne hart zu sein und nach Längsschnitt in d. p. pylorica für den kleinen Finger schwer passirbar. Ich führte erst diesen, dann den Zeigefinger, dann den Daumen und zuletzt beide Daumen in d. Pylorus ein und dehnte recht energisch, doch ohne Gewalt, da die Elasticität recht bedeutend war. Darauf Naht der Magenwunde in 2 Etagen und Verschluss der Bauchwunde. Die Operation hatte im Ganzen etwa ½ Stunde in Anspruch genommen und der Chloroformverbrauch betrug etwa 2 Drachmen; trotzdem dauerte der Collaps einige Stunden. Schmerzen traten nur am Operationstage auf, später nicht mehr. Bis zum 8. Tage war das Befinden gut und Pat. genoss ungestraft vom 3. Tage an Fleisch Weissbrod und verschiedene Grützen mit Milch. Aber am 28. Januar, nach schlafloser Nacht war der Leib aufgetrieben, grosse Schmerzen; auf Glycerinsuppositorium 1 guter Stuhl. Milchdiät. 29. Januar Schmerzen stark, wie vor der Operation. In den folgenden Tagen Diarrhoë. 30. Januar Ol. Ricini. 31. Januar. Bei der Magenspülung werden alle Speisereste von gestern, in Gährung, sowie das Ricinus Oel, einige Blutcoagula und Schleim entleert. Keine fr. HCl im Inhalt. Ordin: Pepsin und ac. muriat. 2 mal tgl. Lavement. 1. Februar K. Gew. 90¾ Pf. 2. Feb. ½2 Uhr N. M. erhält Pat. Caviar. Geringe Eiterung subcutan an der Wunde. Nähte entfernt. 3. Feb. Saures Aufstossen. Spülung. Caviarkörner in Menge. 4. December K. Gew. 92¼ Pf. fühlt sich besser. 8. December K. Gew. 92 Pf. 21. December K. Gew. 82½ Pf. 26. December 83 Pf. Unter diesen traurigen Verhältnissen entschloss ich mich als ultimum refugium zur Pyloroplastik. (v. Fortsetzung bei diesem Abschnitt.)

Trotzdem sich dieser Fall, bei Abwesenheit von Tumor, Ulcus und Narbe, als einfache Hypertrophie des Pylorusmuskels, resp. angeborene relative Pylorusenge, ganz besonders für die weniger (?) eingreifende Loreta'sche Operation zu eignen schien, so brachte diese auch hier keine Heilung, sondern nur kurze Besserung zu Stande und zwang bald zu einem energischen aber auch wirksamen Eingriff, dessen Chancen freilich nunmehr nicht gerade günstig waren. Die Kräfte des schwachen Mannes waren ganz unnütz durch die Operation vergeudet worden. Ich nehme somit keinen Anstand, die Loreta'sche Operation vollständig aus der Zahl der Pylorostenosenoperationen zu streichen:

4. Partielle Resection der pars pylorica ohne vollständige Unterbrechung der Continuität, nach Czerny-Maurer. Diese Operation ist nach ihren Autoren überall da angebracht, wo die Stenose, durch Excision einer nicht malignen, bindegewebigen Neubildung, bei bestehendem oder vernarbtem Ulcus, behoben werden kann. Das Geschwür wird durch einen quer zur Längsaxe des Magens verlaufenden Schnitt mit seinem Boden ohne Verletzung der Serosa ausgeschält, der Defect von innen her vernäht und die Magenwunde geschlossen. Ich bin zwar nicht in die Lage gekommen, diese Operation in typischer Form auszuführen, habe sie aber einmal der Pyloroplastik vorausschicken müssen um letztere überhaupt zu ermöglichen. (Fall 6).

Auf jeden Fall glaube ich, dass die partielle Resection des Pylorus nur in den seltensten Fällen indicirt sein wird; ich würde dem angerathenen Querschnitt jedenfalls einen querzuvernähenden Längsschnitt vorziehen; dadurch wäre eine consecutive Stenose zu vermeiden.

(Schluss folgt.)

---

[8]) Stammte wohl von der Arznei.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. A. Eulenburg III. Auflage. Band XIII. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1897.

Dieser Band enthält die Artikel «Krankentransport» bis «Lungenentzündung». Der erstgenannte Artikel (von G. Meyer), «Künstliche Glieder» (Gurlt), ferner alle Abschnitte, die den Larynx und die Leber betreffen, seien besonders hervorgehoben. Die Abhandlung über Lepra (Schwimmer) bedarf mannigfacher Ergänzungen, namentlich wäre eine eingehendere Berücksichtigung der Forschungen in den baltischen Provinzen wünschenswerth. W.

Protokolle des IX. Aerztetages. der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Pernau.
4.—6. Juni 1897.

Fünfte Sitzung.

Freitag den 6 Juni 1897 ½11 Uhr Vormittags.

1. Dr. Christiani verliest den Bericht, der auf dem VIII. Aerztetage gewählten Commission, in Sachen der Hebammenfrage.

Der Praeses Dr. Truhart schlägt der Versammlung vor, den Bericht Punkt für Punkt zu discutiren, womit sich die Versammlung einverstanden erklärt.

I. Die Commission hat die feste Ueberzeugung, dass ein Mangel an brauchbaren Hebammen, sowohl auf dem Lande, als auch in den Städten vorliegt.

Bekanntlich hat der livländische Aerztetag schon im Jahre 1892 in Anbetracht der Wichtigkeit des Hebammenwesens für das Wohl der Mütter zur Erhaltung der Familie und damit zum Nutzen für Land und Stadt beschlossen, höheren Ortes darauf hinzuweisen, wie gründlich gerade unser Hebammenwesen einer Reform bedarf. Diese vom Aerztetage niedergesetzte Commission, hatte demselben Vorschläge unterbreitet, welche auf Vertiefung des Hebammenunterrichts im aseptischen Verfahren, in der Einführung von Repetitionscursen und besonders auch in der Gründung einer Hebammenschule für den estnischen Theil Livlands nach dem Muster der curländischen Landhebammen-Schule bestanden. Es war damals bei den Vorschlägen geblieben, da der Landtag im Jahre 1893, dem von Seiten des Aerztetages ein dies bezügliches Gesuch eingereicht worden war, es nicht für möglich befand, eine Reorganisation des Hebammenwesens im gewünschten Sinne durchzuführen. Nachdem auf dem vorigen Aerztetage diese Frage wieder angeregt wurde, veranstaltete die ad hoc niedergesetzte Commission eine Enquête bei den Collegen, um aus derselben eine möglichst genaue Statistik über die practicirenden Hebammen zu gewinnen. Diese Enquête ergab nun folgendes Resultat.

In den 7 Landstädten und beiden Vororten Rigas practiciren im Ganzen 23 Hebammen und 5 Landhebammen. Von jenen 23 Hebammen sind blos 7 in den letzten 12 Jahren ausgebildet, so dass man wohl mit einigem Recht behaupten kann, dass den modernen Ansprüchen auch nur jene 7 entsprechen, besonders da seit 93 keine neue Niederlassungen von modern ausgebildeten klugen Frauen stattfanden und so durch die Concurrenz die «alten septischen» Weiber gezwungen wären, sich den modernen Principien anzubequemen.

Im estnischen Theil Livlands practiciren nach den von Collegen vollzählig zurückgesandten Fragebogen im Ganzen 8 Hebammen, von denen aber nach dem Urtheile der Collegen nur 3 definitiv in Frage kommen, da die übrigen 5 theils ihres Alters wegen absolut nicht mehr genügen, theils in Folge Mangels an Hebammen in den Städten sich dem lohnenderen Erwerbe in denselben hingeben. Es werden also im estnischen Theile mit seinen 400,000 Einwohnern und etwa 1000 Geburten höchstens 500 Geburten von geschulter Hilfe geleitet, der Rest wird von alten schmutzigen Bauerweibern besorgt. Dass dem entsprechend trotz der eminent günstigen Beckenverhältnisse der Estin auch die Morbidität- und Mortalitätsstatistik erklärlich ist.

Aus hier nicht näher zu erörternden Gründen ist auf einen Zuwuchs von Hebammen in unserer Provinz, wie dieselbe bis zum Jahre 1873 bestand, für die nächste Zukunft ohne energische Massnahmen nicht zu hoffen. Es ist auf dem flachen Lande nur unter grossen pecuniären Opfern, ja häufig ganz unmöglich sich die nöthige Hilfe zu den Geburten zu verschaffen. Unter 25 Rbl. wöchentlich und freie Reisekosten kommt keine einigermassen ausgebildete «kluge Frau» aufs Land, und leider merkt man auch diesen Besten das Sichgehenlassen in Folge der mangelnden Concurrenz deutlich an.

Von den ausgesandten Fragebogen nach Südlivland sind etwa ¾ beantwortet worden und es ergiebt sich aus denselben, dass in den meisten Kirchspielen Torklusche Weiber practiciren, wirklich geschulte Hebammen giebt es in Südlivland nur 2.

Dr. Truhart. Ich glaube wir brauchen diesen Punkt nicht zu discutiren, da wir schon zu wiederholten Malen an dieser Stelle uns alle über den Mangel an Hebammen ausgesprochen haben.

II. Der Mangel an gebildeten Hebammen ist besonders im estnischen Theile Livlands zu bemerken. In dem lettischen Theile Livlands scheint der Mangel nicht so fühlbar, da jährlich in dem sogenannten Torkluschen Institute zu Riga eine gewisse Anzahl von Weheweibern ausgebildet werden, die aber dem vorhandenen Bedürfnisse der Aerzte in keiner Weise genügen.

Wie p. 1. schon erwähnt practiciren in den meisten lettischen Kirchspielen Livlands im Torkluschen Institute ausgebildete Weheweiber. Wie aber aus der Euquête ersichtlich, genügt ihre Zahl keineswegs den Bedürfnissen der Bevölkerung und genügen ihre Leistungen nicht den Ansprüchen der Collegen. Ohne eine Kritik des Torkluschen Instituts üben zu wollen, das mit seinen geringen Mitteln und relativ schlechtem Schülerinnenmaterial das Möglichste leistet, scheint die Enquête doch zu ergeben, dass auch in Südlivland das Bedürfniss nach voll ausgebildeten Hebammen vorhanden, so dass principiell eigentlich kein Unterschied in der Sachlage zwischen estnisch-und lettisch Livland besteht. Schon 1892 hatte der Aerztetag im p. 2 des damaligen Commissionsbeschlusses darauf hingewiesen, dass die Hebammenschulen durch verlängerte Lehrzeit auf gründliche Ausbildung ihrer Zöglinge namentlich im aseptischen Verfahren hinwirken möchten. Es scheint daher dringend geboten, dass wie es im übrigen Reiche überall der Fall ist, auch bei uns fürs Land die Schülerinnen durch eine ein bis zweijährige Lehrzeit zu sogenannten «Акушерки» auszubilden, besonders da ihre Thätigkeit in Folge weiter Entfernung vom Arzte sich häufig viel verantwortungsvoller gestaltet, als die der städtischen Hebamme. Bedenken wir, dass die landische Hebamme der örtlichen Bevölkerung entstammen muss, um das Vertrauen ihrer Pflegebefohlenen zu erringen, und dass die Bäuerinnen selten eine bessere Bildung in der Schule erhalten, so ersehen wir, dass die Ausbildung von Landhebammen mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen hat.

In Kurland scheint die Frage durch die in Mitau existirende Schule einigermassen zufridenstellend gelöst und hätte man in derselben, so wie auch in der Organisation des Hebammenwesens daselbst ein Schema, das zu berücksichtigen wäre.

1) Dr. Koppe-Pernau. Ich kann aus eigener Anschauung den Mangel an Hebammen in Nordlivland und Estland bestätigen. In Estland giebt es auf dem Lande überhaupt keine Hebammen.

2) Dr. Christiani-Törwa. Was den lettischen Theil Livlands betrifft, so betone ich noch einmal, dass die Enquête, die von der Commission unter den Aerzten angestellt wurde ergab, dass die Hebammen aus dem Torkluschen Institut weder an Zahl noch an Ausbildung den Ansprüchen, die man heutzutage an Hebammen zu stellen berechtigt ist genügen.

3) Dr. Apping-Wolmar. Die Umgegend von Wolmar hat gegenwärtig genügend geschulte Hebammen, ich habe den Mangel nicht so lebhaft empfunden, wie die anderen Herrn Collegen.

4) Dr. Christiani-Törwa. Für den Wolmar'schen Kreis im weitesten Sinne, kann ich nach den Daten der von der Commission angestellten Enpuête dem Collegen Apping nicht beistimmen.

III. Die Commission ist der Ueberzeugung, dass durch Requisition von Hebammen aus den Städten diesem Mangel nicht abgeholfen werden kann, da auch in den Städten brauchbare Hebammen fehlen.

Wie schon ad p. 1. hervorgehoben entsprechen von den 20 Hebammen in unseren Landstädten den modernen Ansprüchen nur 7 Da ausser einer im Jahre 82 ausgebildeten Hebamme, welche in Schlock practicirt, die übrigen alle den siebziger Jahren, ja selbst dem Jahrgange 58 entstammen, so ist wohl ersichtlich, dass auch in den Städten sogar die Verhältnisse keine idealen und dieselben in Folge Mangels von Zuwachs gar nicht in der Lage sich befinden Hebammen dem flachen Lande abzutreten. Im Gegentheil, es ist sogar dazu gekommen, dass Weheweiber, denen gesetzlich Stadtpraxis verboten, sich mit Erfolg in Wolmar und Walk niederlassen konnten. Dass selbst in unseren beiden grossen Centren Riga und Dorpat, in denen ja hauptsächlich die unter Prof. Runge und Prof. Küstner ausgebildeten allen Anforderungen entsprechenden Hebammen sich niedergelassen, schon jetzt ein Mangel sich fühlbar macht, ist für Dorpat evident, da dort nur 4 Hebammen, die wirklich tauglich sind, leben. In Riga allein macht sich der Mangel vielleicht noch nicht so fühlbar.

Dr. Christiani. Ich möchte noch hinzufügen, dass es nicht nur ausgeschlossen, dass die kleinen Städte ihren Ueberschuss an Hebammen dem flachen Lande abtreten könnten, sondern dass es gegenwärtig im einzelnen Falle schwierig ist, sich aus den Städten für theures Geld Geburtshelferinnen zu verschaffen. Es scheint, dass unter den augenblicklichen Verhältnissen nicht nur die landische Bevölkerung, von der ja behauptet werden könnte, dass sie nie etwas anderes gewohnt



und gar kein Verlangen nach geschulter Hilfe trägt Mangel leidet, sondern auch in unseren eignen Familien spüren wir das Fehlen der Hebammen aufs allerempfindlichste. Wer nicht 50—60 Rbl. ausgeben kann, muss sich mit einer minderwerthigen Hilfe begnügen, ja sogar unter pecuniären Opfern ist es häufig nur mit grossen Schwierigkeiten verknüpft sich eine gute Hebamme aus Riga zu verschaffen. Rechnen wir noch hinzu, dass die renommirten Hebammen, wie ich es selbst zwei mal erlebt habe, in Folge ihrer concurrenzlosen Position nachlässig werden und es nicht der Mühe werth halten den Anforderungen voll zu entsprechen, so sehen wir, dass es dringend geboten, in dieser Beziehung Wandel zu schaffen.

IV. Aus den dargelegten Gründen ergiebt sich die dringende Nothwendigkeit der Gründung einer Schule zur Ausbildung von Landhebammen.

Dr. Fischer-Sagnitz. Die Hebammenfrage ist auf dem Lande eine so dringende und wichtige, dass in dieser Hinsicht unbedingt etwas geschehen muss. Wenn ich die Wünsche der Commission richtig auffasse, so ist es deren Absicht, der Aerztetag solle sich an die livländische Ritter- und Landschaft mit der Bitte um Abhilfe wenden. Es erscheint mir jedoch wenig wahrscheinlich, dass wir vom Landtage die grossen Mittel, welche der Bau und der Unterhalt eines Hebammeninstituts erfordert, erhalten werden. Die Ansprüche die nach dieser Richtung an die Livländische Ritterschaft gestellt werden, sind zu gross um erfüllt zu werden. Ich erlaube mir daher den Herrn Collegen einen Ausweg vorzuschlagen. Es giebt in Livland viele Aerzte, welche Landhospitäler leiten, es liesse sich wie ich glaube die Ausbildung der Hebammen in diesen Hospitälern ohne Schwierigkeiten durchführen. Wenn in Livland nur 3 Collegen geneigt wären, die Ausbildung von Hebammen in ihren Landhospitälern zu übernehmen, so hätten wir binnen Kurzem eine genügende Anzahl von Landhebammen. Es wäre ja möglich die Ausbildung von Landhebammen in die Statuten der Landhospitäler aufzunehmen. Ich schlage vor, der Livländische Aerztetag solle bei der Ritterschaft um die Errichtung von Freibetten bei den bestehenden landischen Hospitälern petitioniren, damit auf diese Weise den Landärzten die Möglichkeit geboten werde Hebammen auszubilden. Die Mittel, die zur Errichtung von Freibetten nothwendig wären, würde die Ritterschaft m. E. eher geneigt sein zu schaffen, als die grossen Unterhaltungskosten eines Institutes für Landhebammen im Sinne der Commission. Der Einwand, das Landhospital würde mit ungenügendem Material zu kämpfen haben und die Ausbildung der Hebammen darunter leiden, ist wie ich glaube nicht stichhaltig. Die Bauerfrau fährt aus dem Grunde in die Stadthospitäler, z. B. in die Universitätsstadt, weil sie daselbst umsonst Aufnahme findet; sie würde das Landhospital lieber aufsuchen, wenn sie die Möglichkeit hätte daselbst umsonst entbunden zu werden. Ich glaube eine Subvention in der Höhe von 100 Rbl. per Bett müsste genügen. Wenngleich zuzugeben ist, dass das Landhospital was die Zahl seiner Geburten betrifft nothwendigerweise über ein kleines Material verfügen würde, so scheint mir dass dasselbe doch genügen müsste bei einigem Willen die Ausbildung von Landhebammen zu erreichen. Diejenigen Personen, die das Hebammenwesen auf dem Lande im Landhospitale erlernt hätten, würden ohne allen Zweifel das Land nicht verlasssen, sondern daselbst sesshaft bleiben.

Meine Herren! Ein Hebammeninstitut werden wir nicht erreichen, ich bitte sie daher sich meinen Vorschlag zu überlegen.

Dr. Christiani-Törwa. Abgesehen von anderen Gründen, auf die ich nicht näher eingehen will, so glaube ich doch, dass der Vorschlag des Herrn Collegen Fischer in praxi aus Mangel an Unterrichtsmaterial nicht ausführbar ist. Die Gebärende würde das Landhospital nur in dem allergrössten Nothfalle aufsuchen, ferner fällt das grosse Material der unehelich Gebärenden auf dem Lande fort, welche in den Städten Unterrichtszwecken dienen. In dem Landhospitale wird die Frau nie die Abgeschlossenheit gegen die Aussenwelt finden, wie es in der Stadt möglich ist. Es ist ausgeschlossen, dass die Landärzte, welche schon ohnehin durch ihre Praxis übermüdet sind, die Ausbildung wirklich leiten können. Die betreffenden Schülerinnen würden ja die allernothwendigsten Begriffe sich aneignen und eine Stufe höher stehen, als die «alten Weiber», aber es wären doch nicht gebildete Hebammen. Meines Erachtens kommt es bei der Ausbildung von Hebammen nicht auf das Erlernen gewisser theoretischer Begriffe an, sondern die Hauptsache ist neben der Erwerbung der erforderlichen Kenntnisse besonders die Praxis an einer grossen Reihe von Geburten und der stete Aufenthalt und der Connex mit dem Lehrpersonal, welches auch bei den unbedeutendsten Handlungen die Schülerinnen immer wieder auf die peinlichste Pflichterfüllung hinweist.

Dr. Koppe-Pernau. Ich muss mich Herrn Collegen Fischer vollständig anschliessen. Ich halte seinen Vorschlag für praktisch und durchführbar. Es handelt sich nicht darum, tüchtige und gebildete Hebammen, die theurer und dem Volke fernestehen auszubilden, sondern das was wir brauchen sind Pflegerinnen. In den Landhospitälern werden die Pflegerinnen alles das erlernen, was auf dem Lande zum Hebammenwesen gehört, darin hat College Fischer ganz recht. Diese Frage hängt aber innig zusammen mit der Frage der Reorganisation der Landhospitäler. Dort, wo Landhospitäler vorhanden sind, und Pflegerinnen erzogen werden, ist diese Frage eigentlich schon in praxi gelöst. Ich denke mir das Verhältniss des Arztes zur Landhebamme ähnlich, wie das zwischen Feldscher und Arzt, und möchte Sie auf eine hier ausliegende von mir verfasste Broschüre «die medicinische Station» aufmerksam machen, welche Ihnen vielleicht nach dieser Richtung gewisse Anregung bieten wird.

(Die Medicinische Station nach einem Vortrag von Dr. Koppe Pernau 1897).

Dr. Sadikoff-Talsen. Ich muss nach meiner Erfahrung und nach meiner Kenntniss wenigstens des lettischen Landvolkes bestreiten, dass die Wöchnerinnen aus der Landbevölkerung das Hospital aufsuchen werden. In dieser Beziehung sieht College Fischer doch zu optimistisch. Der Geburtsact ist in der Familie des Bauern eine so wichtige Action, dass derselbe nie zugeben wird, dass seine Frau ausserhalb des Hauses niederkommt. Dieses nur nebenhin, was den Commissionsbericht betrifft, so scheint es mir, dass er einen wichtigen Punkt übersehen hat. Die Hebammenfrage ist schliesslich eine Geldfrage. Wenn wir den Hebammen eine sichere Existenz, womöglich ein Fixum schaffen könnten, so werden sich auch Personen finden, die auf dem Lande practiciren. Wenn es aber der Fall ist, wie mir heute ein College versicherte, dass eine Landhebamme 20 Rbl. jährlich vereinnahmt, so ist es eben kein Wunder, dass Niemand sich entschliessen will, auf dem Lande zu practiciren. Ich will noch bemerken, dass in Kurland ein derartiger Mangel an Landhebammen, wie in Livland nicht besteht.

Dr. Fischer-Sagnitz. Der Maassstab, den die einzelnen Collegen an die Leistungsfähigkeit und an die Kenntnisse einer Landhebamme anlegen, ist ein sehr verschiedener und dem entspricht auch die Differenz der Anschauungen. Das was dem einen genügt, befriedigt einen anderen keineswegs. Man darf von einer Landhebamme nicht zu viel verlangen. Eine zu grosse Geschäftigkeit der Hebammen ist geradezu schädlich. Wir erklären uns völlig befriedigt, wenn die Hebamme so viel weiss, um den Arzt zur rechten Zeit heranzuziehen und es versteht die Wöchnerin zu pflegen. Herr College Koppe hat Recht, die Thätigkeit einer Landhebamme besteht mehr darin die Wöchnerinnen zu pflegen, als selbstständig einzugreifen. Wenn Herr Dr. Christiani davon sprach, dass das Material der Städte, die unehelich Gebärenden, dem Landhospitale fehlen würde, so möchte ich auch darin widersprechen. Diese Frauen gebären, wo sie gerade einen Ort finden, im Holzhaufen etc. und diese würden auch das Landhospital aufsuchen, wenn sie nur irgendwo Aufnahme fänden. Wenn es sich um normale Geburten handelt, so muss ich Herrn Collegen Sadikoff beistimmen, wo es sich aber um pathologische Lagen handelt, so glaube ich doch, dass die Bäuerin, wenn man es ihr vorschlägt, das Landhospital aufsuchen wird.

Dr. Christiani-Törwa. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass die Ausbildung von Hebammen nur in solchen Instituten möglich sein dürfte, wie die Commission sie vorschlug. Die Landhebamme kann unter Umständen eher zum selbstständigen Eingreifen gezwungen sein, als die Stadthebamme. Sie muss daher im Principe gründlicher vorgebildet sein, als die Stadthebamme, die den Arzt beständig zur Seite hat. Herrn Dr. Koppe gegenüber betone ich, dass ich auch den Standpunkt vertrete, dass nur solche Elemente zur Ausbildung von Landhebammen zugelassen werden, die der gleichen Bevölkerungsschicht entstammen.

Dr. Apping-Wolmar. Nach meiner Erfahrung muss ich Herrn Collegen Sadikoff beistimmen. Wir haben keine Hebammen, weil wir denselben keine Existenzbedingungen schaffen können.

Dr. v. Krüdener-Riga. Ich möchte mir die Frage erlauben, hat die Commission in Betracht gezogen, in welcher Weise die Hebammen auf dem Lande sicher zu stellen und welche Mittel zu ergreifen sind, um die Landhebamme sesshaft zu machen.

Dr. Christiani-Törwa. Die Commission ist auf die Frage der Existenzbedingungen der Hebammen nicht eingegangen und hat dazu keine Stellung genommen, da es doch an erster Stelle darauf ankam, überhaupt die Ausbildung von Hebammen zu erreichen.

Dr. Truhart. Sie haben meine Herrn zwei Vorschläge gehört, der eine Vorschlag des Collegen Fischer zielt dahin die Landärzte sollen mit Hilfe einer zu erbittenden Subvention selbst an die Arbeit gehen und Landhebammen ausbilden, während der andere Vorschlag lautet, die Gründung eines Institutes zur Ausbildung von Hebammen durch die Subvention der Livländischen Ritterschaft zu erstreben.

Ich ersuche die versammelten Collegen sich nun dahin zu äussern, welche Stellung der Aerztetag als solcher diesen Fragen gegenüber einnehmen soll, die Frage über den Modus der Anstellung der Landhebammen und die eventuelle materielle Garantie ihrer Existenz gehört zunächst nicht direct zum discutirten Thema.

Dr. Koppe-Pernau. Ich glaube nicht, dass die Frage so strict gestellt werden darf, wie es der Herr Präses Dr. Truhart soeben that. Ich halte die Gründung einer Hebammenschule für unausführbar, da sie zu grosse Mittel beansprucht und dass unsere Petition nicht das Gehör zuständigen Ortes finden wird; wir müssen daher zufrieden sein mit dem was wir sebst erreichen und geringere Ansprüche stellen. Wenn wir nur Pflegerinnen hätten, so wäre auch schon etwas erreicht. Soweit der Vorschlag des Herrn Dr. Fischer diese Seite der Frage betrifft, so brauchen wir dazu keine Stellung zu nehmen, wir sind eben gezwungen zur Selbsthilfe zu greifen. Wir wollen ja nur darüber schlüssig werden, ob wir mit der Bitte um die Gründung einer Hebammenschule uns an die Ritterschaft wenden sollen oder nicht.

Dr. Christiani-Törwa. Die Stellung, die die Commission in dieser Frage einnimmt ist wesentlich verschieden von der Anschauung, die Herr Dr. Koppe soeben äusserte. Wir sind der Ansicht, dass es sich nicht um Pflegerinnen, sondern darum handelt Hebammen auszubilden. Wir wollen nur das anstreben, was wir hatten. Wir haben unsere alte Hebammenschule verloren und wollen eine neue ins Leben rufen, das ist es was wir wünschen und worüber wir die Collegen bitten sich zu äussern.

Dr. v. Mühlen-Riga. Ich möchte mich gegen die Herrn Collegen Fischer und Koppe aussprechen, die vorschlagen die Petition, an die Landesverwaltung aufzugeben und sich auf die Ausbildung von Pflegerinnen in den Landhospitälern zu beschränken. Ich glaube dagegen, dass der Verein Livländischer Aerzte verpflichtet ist, sich mit allen Forderungen, die er als unumgänglich nothwendig erachtet, wenn ihm die Mittel zur Bestreitung dieser Forderungen fehlen sich an die Landesverwaltung zu wenden. Wenn in diesem Falle die Landesverwaltung die Petition des Livländischen Aerztetages abschlägt, so bleibt doch noch immer das Project des Collegen Fischer als leicht und schnell zu lösen übrig. Vor allem wollen wir aber den Bescheid der Ritterschaft abwarten und dann uns weiter berathen.

Dr. v. Krüdener-Riga. Ich meine auch es müsste der Versuch gemacht werden die Gründung des Hebammeninstituts zu erstreben. Gelingt es uns nicht, nun dann können wir andere Wege und Mittel einschlagen um dem Nothstande zu steuern.

Dr. Fischer-Sagnitz. Ich stimme den Herrn Dr. v. Mühlen und v. Krüdener völlig darin bei, dass wir in erster Reihe um eine Hebammenschule uns bemühen wollen und nur in dem Falle, wenn wir die Mittel zur Errichtung derselben nicht erlangen, wie es mir allerdings wahrscheinlich erscheint, um die Freibetten in den Landhospitälern petitioniren wollen. Die Hebammenfrage ist eine so wichtige, dass wir irgend etwas thun müssen und wenn wir das Gute nicht erhalten, müssen wir wenigstens darnach streben das Mittelmässige zu erlangen.

Dr. Truhart. Da, wie es mir scheint Alle darin einig sind, dass für das Hebammenwesen auf dem Lande unbedingt etwas geschehen muss, da dieser Nothstand auch von der Livländischen Landesvertretung für den estnischen Theil Livlands längst anerkannt wurde, so erlaube ich mir den Vorschlag der Commission zu befürworten und schlage vor, dass wir bei der Landesvertretung um die Gründung einer Schule zur Ausbildung von Hebammen petitioniren.

Die Versammlung giebt durch lautes Scharren ihre Zustimmung zu dem Vorschlage des Herrn Dr. Truhart kund.

Auf den Vorschlag von Dr. Truhart wird folgende Resolution angenommen:

Der Livländische Aerztetag ist der einstimmigen Ueberzeugung, dass der gegenwärtige Nothstand in Bezug auf das Hebammenwesen nur durch Gründung einer Hebammenschule beseitigt werden kann, und beschliesst seine diesbezüglichen Wünsche vertrauensvoll der Livländischen Ritterschaft zu übermitteln, da nur die Landesvertretung durch Gewährung von Mitteln diesen Nothstand zu beseitigen im Stande ist.

V. Eine gründliche Schulung von Hebammen ist nur in einem Gebärhause denkbar, welches an grössere Städte gebunden ist, um das nöthige Material zum Unterrichte zu beschaffen. Es würden daher für Livland, Riga und Dorpat in Frage kommen. Was Dorpat betrifft, so würde das Material von der Klinik absorbirt werden und die Erlangung der Concession für diese Stadt wäre schwer zu erreichen.

Dr. Truhart. Ich schlage der Versammlung vor P. V in die Petition folgendermassen aufzunehmen: Der Aerztetag ist der Ansicht, dass die Begründung einer Hebammenschule nur in einem grösseren Centrum durchführbar wäre, da dort allein ein genügendes Material zu Unterrichtszwecken sich beschaffen liesse.

Die Versammlung ist mit diesem Vorschlag einverstanden.

Dr. Kussmanow-Rappel. Da wie wir gehört haben, der Nothstand hauptsäch im estnisch sprechenden Theile Livlands und in Estland besteht, da ferner die Gebärenden in Riga wohl ausschliesslich Lettinnen sind und die Estinnen, die dort lernen, die Sprache der Wöchnerinnen nicht verständen, so erlaube ich mir zu proponiren lieber um die Gründung einer Hebammenschule in Reval zu petitioniren als in Riga. Ist aber der Aerztetag der Ueberzeugung, dass die Schülerinnen nicht nothwendigerweise die Sprache der Gebärenden verstehen müssen, so scheint es mir besser wir bemühen uns um die Gründung einer Hebammenschule in Petersburg.

Dr. Koppel-Dorpat. Es scheint mir eine sehr wichtige Frage an welchem Ort wir die Gründung einer Hebammenschule ins Auge fassen müssen. Sollen wir an Riga denken oder an einen Ort im estnischen Sprachgebiete, wo der Mangel an Landhebammen ein besonders grosser ist. Ich glaube es wird sich die Nothwendigkeit in praxi herausstellen 2 Kategorien von Hebammen heranzubilden, etwa in der Art, wie in dem Mellin'schen Institute in Dorpat wo 2 Kategorien von Krankenpflegerinnen erzogen werden. Wir werden von den Hebammen 2. Kategorie nicht grosse Sprachenkenntnisse verlangen, aber es scheint mir nothwendig, dass die Hebammenschülerin sich während ihrer Lehrzeit mit den Wöchnerinnen verständigt. In Riga wäre es für die estnisch sprechenden Schülerinnen eine schwere Aufgabe sich mit der lettischen Wöchnerin zu verständigen, es könnte daher Reval für ein derartiges Institut in Frage kommen, wo eine grosse estnisch redende Bevölkerung lebt. Leider besitzt Estland keinen Aerztetag, der sich mit diesen Uebelständen beschäftigt. Es wäre aber doch sehr zu wünschen, dass diese Frage ernstlich zwischen Livland und Estland geregelt werden könnte. Es ist vielleicht dem Vorstande möglich, Schritte nach dieser Richtung hin zu unternehmen. Ich betone es noch einmal, es wird in praxi gar nicht nöthig sein so gebildete Hebammen zu verwenden, wie die Commission es im Auge hat. Diese Hebammen erster Kategorie, wenn man so sagen darf, werden für das Landvolk viel zu theuer sein, sie werden sich an dieselben nicht wenden und wir werden doch gezwungen sein uns mit weniger gebildeten Hebammen zu behelfen.

Dr. F. v. Mühlen-Riga. Ich muss dem Herrn Collegen Koppel widersprechen und möchte betonen, dass wenn überhaupt Hebammen auf dem Lande angestellt werden sollen, es nur vollständig ausgebildete sein müssen, denn die halbgebildeten schaden mehr, als sie nützen. Ich verweise zum Vergleiche auf die ausgezeichnete Hebammenschule in St. Petersburg, in welcher die Hebammen einen zweijährigen Cursus durchmachen, dann aber mit wirklich guten Kenntnissen in die Praxis treten. Einer Hebamme, welche sich nur einige Monate in einem Gebärhause beschäftigt hat, kann unmöglich die Leitung einer Geburt überlassen werden, das scheint mir wohl selbstverständlich.

Dr. Christiani-Törwa. Für Livland kann bei der Errichtung einer Hebammenschule nur Riga und Dorpat in Frage kommen. Was Reval betrifft, so zweifele ich daran, ob die Livländische Ritterschaft ein Institut in Estland mit Geld unterstützen wird. — In Bezug auf die Sprachenfrage bemerke ich, dass es gleichgültig ist, wie die Kreissende spricht und es kommt vielmehr darauf an, in welcher Sprache der Unterricht geleitet wird und der kann und muss nur in der, bei der landischen Bevölkerung geläufigen Sprache, geleitet werden. Dass aber in Riga ebensogut der Unterricht in estnischer Sprache geleitet werden kann, wie sonst wo, muss wohl ohne weiteres zugegeben werden.

Dr. Koppel-Dorpat. Ich möchte doch noch einmal darauf hinweisen, dass der Aerztetag es anstreben sollte ein gemeinsames Vorgehen in der Hebammenfrage zwischen der Landesverwaltung Estlands und Livlands zu erzielen, weil wie erwähnt der Nothstand gerade in Estland und im estnischen Sprachgebiete Livlands so gross ist.

Dr. Voss-Riga. Bei der Wichtigkeit der Sprachenfrage dürfte es sich vielleicht doch empfehlen, um die Errichtung zweier Anstalten zu petitioniren. Die eine Anstalt sollte die Bedürfnisse des estnischen Sprachgebietes, die andere die der lettischen befriedigen, denn es ist doch fraglich, ob man in Riga genügende Lehrkräfte für die estnisch sprechende Wärterin beschaffen könnte.

Dr. Frey-Werro. Ich schlage vor, der Livländische Aerztetag möge sich mit der Estländischen Ritterschaft in Relation setzen und versuchen dieselbe für diese Zwecke zu interessiren, damit eventuell in Reval ein derartiges Institut für das estnische Sprachgebiet gegründet würde.

Dr. A. v. Mühlen-Riga. Ich glaube, dass dieser Vorschlag die Competenzen des Livländischen Aerztetages über-

schreitet. da der Livländische Aerztetag in erster Reihe nur die Interessen des Gouvernements Livland zu vertreten hat.

Dr. Frey-Werro. Ich glaube der Livländische Aerztetag verfolgt nicht nur speciell livländische Interessen, sondern er will die sanitären Verhältnisse in allen Provinzen unserer Heimath bessern.

Dr. Sadikoff-Talsen. Es ist sehr wichtig, dass die Hebammen, die ausgebildet werden sollen, mit der Wöchnerin in der ihr bekannten Sprache verkehren können, da ihr später als Pflegerin sonst die nöthige Gewandheit im Verkehr fehlen dürfte.

Dr. Behr-Riga. Es scheint mir wir debattiren über secundäre Dinge. Die Hauptsache das Primäre ist doch, dass wir überhaupt ein Institut für den Hebammenunterricht schaffen; die Sprachenfrage wird sich alsdann von selbst lösen.

Dr. Koppel-Dorpat. Die Sprachenfrage ist nicht etwas Secundäres, sondern etwas sehr Wichtiges. So wünschenswerth im übrigen ein grösseres Institut zur Heranbildung von Hebammen wäre, so glaube ich doch, dass wir unter allen Umständen es versuchen müssten mit der Landesvertretung Estlands in Beziehung zu treten, da sich alsdann die Kosten für diesen Zweck um ein Bedeutendes verbilligen würden.

Dr. Truhart. Ich schliesse die Debatte über den Punkt V. Es scheint mir aus dem Gesagten hervorzugehen den Ort in der Petition nicht näher zu präcisiren, sondern nur den Wunsch auszusprechen, es wäre wichtig und nothwendig die Schülerinnen im Estnischen und Lettischen zu unterrichten. Ich schlage vor, dass wir zu der schon vorhin vereinbarten Fassung noch hinzufügen: «Die neu zu gründende Hebammenschule hat die Aufgabe, sowohl lettisch als auch estnisch sprechende Schülerinnen zu erziehen und es ist wünschenswerth den Unterricht in diesen beiden Sprachen zu ertheilen».

Die Versammlung ist damit einverstanden.

VI. Die Commission proponirt daher die Gründung der erforderlichen Hebammenschule in Riga.

VII. Um die nicht geringen Mittel für das zu gründende Institut zu beschaffen, sieht die Commission keinen anderen Ausweg, als den einer Petition an die Landesvertretung aus der Landeskasse die erforderlichen Summen zu bewilligen.

VIII. Die Commission proponirt ferner die Landesvertretung zu ersuchen, bei der Gouvernementsregierung die Concession für die Anstalt zu erwirken.

Dr. Truhart. Ich glaube wir brauchen über Punkt VI, VII und VIII der Vorlage nicht mehr zu discutiren, da schon alle Gesichtspunkte, die bei der Gründung einer Hebammenschule ausschlaggebend sind, hinreichend besprochen wurden. Ich glaube es genügt, dass wir eine Petition an die Landesvertretung abfassen, wobei ich etwa folgende Form vorschlage.

«Der Livländische Aerztetag wendet sich an die Ritterschaft Livlands mit der Bitte in Anbetracht des vorhandenen Nothstandes eine Schule zur Ausbildung von Landhebammen ins Leben zu rufen».

Die Zusätze, die vorhin vereinbart wurden, müssen der Petition beigefügt werden, desgleichen der Kostenanschlag und die Statuten. Ich glaube meine Herren, Sie überlassen die Ausarbeitung und nähere Fixirung der Petition, dem Vorstande des Livländischen Aerztetages, welcher gemeinsam mit der Commission dieselbe anfertigen und in dem hier vereinbarten Sinne ausführen wird. — Ferner fordere ich Sie auf, der Commission, welche sich der Ausarbeitung dieser Fragen unterzogen hat, den Dank der Gesellschaft auszusprechen.

Die Versammlung erklärt sich hiermit einverstanden.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Vom 13—16. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. San.-Rath Professor Dr. Moritz Schmidt der 16. Congress für innere Medicin tagen. Die Sitzungen finden im weissen Saale des Curhauses statt. Das Bureau befindet sich neben dem Eingange des Curhauses. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes actuelles Interesse haben, stehen auf dem Proramme: Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht (Referenten die Herren v. Ziemssen-München und v. Jaksch-Prag); über den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Diabetes mellitus (Vortrag des Herrn Leo-Bonn); über intestinale Autointoxicationen und Darm-Antisepsis (Referenten die Herren Müller-Marburg und Brieger-Berlin).

— Deutsche dermatologische Gesellschaft. Sechster Congress, Strassburg 1898, am 31. Mai, 1. und 2. Juni.

Provisorisches Programm.

Hauptthema:

Acne: Pathologie und Therapie.

Referenten: Touton (Wiesbaden) und Veiel (Cannstatt). — Zur Discussion haben sich gemeldet: Isaac (Berlin), Petersen (St.Petersburg), Ullmann (Wien), W. A. Freund (Strassburg), Wolff (Strassburg).

Angemeldete Vorträge und Demonstrationen.

Dermatologie.

Buschke (Berlin): Ueber Erkrankungen hervorgerufen durch Hefe und andrere Sprosspilze (Blastomycosis) mit Demonstrationen. Caspary (Königsberg): Ueber Dermatitis exfoliativa universalis. Wolff (Strassburg): Demonstration eines Falles von Aganthosis nigricans, zweier Fälle von Lepra, eines Falles von Pemphigus, eines Falles von Porokeratosis, trophoneurotischen Ekzems, eines Falles von Lichen planus im Verlauf des Radialis, u. A. Madelung (Strassburg): Behandlung der Karbunkel mit Demonstration. Isaak (Berlin): Thema vorbehalten. Kromayer (Halle): Einige neue reduzierende Heilmittel. Neumann (Wien): Ueber idiopathische Atrophie der Haut. Joseph (Berlin): Ueber Hautsarkomatose (mit Demonstrationen unter dem Mikroscop und mit dem Projectionsapparat). Heller (Charlottenburg): 1. Zur pathologischen Anatomie einiger Nagelerkrankungen. 2. Die Pathologie der Nägel (mit Projectionen). Herxheimer Carl (Frankfurt a. M.): Ueber die Structur des Protoplasmas der menschlichen Epidermiszelle. v. Zeissl (Wien): Thema vorbehalten. Tauffer (Budapest): 1. Ueber Prurigo Hebrae. 2. Vergleichende histologische Untersuchungen über Lymphdrüsenschwellungen bei einigen Dermatosen. Lassar (Berlin): Die Behandlung der Acne (mit Projectionen). Brandt (Magdeburg): Demonstration eines dermatologischen Falles. Rona (Budapest): Thema vorbehalten. Freund, W. H. (Strassburg): Die Haut bei Schwangeren und genitalkranken Frauen. Eichhoff (Elberfeld): Thema vorbehalten. Rille (Wien): Ueber Psoriasisbehandlung. Chotzen (Breslau): Thema vorbehalten. Touton (Wiesbaden): Ueber Dariers Tuberkulide mit Demonstrationen. Fabry (Dortmund): Demonstration eines Falles von Purpura haemorrhagica nodulosa. Blaschko (Berlin): Ueber Jodacne. Arning (Hamburg): Eine eigenthümliche Veränderung an den Nervenstämmen bei einzelnen Fällen von Lepra. Jakobi (Freiburg): Krankendemonstration. Kulisch (Halle): Zur Frage der medicamentösen Dermatitiden. Krösing (Stettin): Thema vorbehalten. Scharff (Stettin): Ueber die Behandlung der Psoriasis. Jadassohn (Bern) 1. Demonstration zur Histologie der Lepra. 2. Krankenbehandlung der Tuberculide. Heuss (Zürich): 1. Ueber abnorme Formen von Ichthyosis (mit Demonstrationen). 2. Demonstration von Xeroderma pigmentosum. Reichel (Strassburg): 1. Zur Therapie des Lupus erythematodes. 2. Demonstration von Ichthyosisfällen mit abnormer Localisation. Adrian (Strassburg): Krankenvorstellungen: Dermatolysis bullosa. Lichen ruber. Xanthelasma, Folliculitis nuchae sclerotisans. Scleroderma unilateralis. Friedheim (Leipzig): Mikroscopische Demonstrationen. v. Marschalko (Klausenburg): Zur Histologie der Hautnerven. Neuberger (Nürnberg): Zur Symptomatologie und Diagnose des Lichen ruber. Wolff (Strassburg): Demonstration einer neuen Vaccinationslancette.

Syphilidologie.

Kromayer (Halle): Vorschläge zu einem Syphilisgesetz. Neumann (Wien): Ueber syphilitische Primäraffecte der Vaginalportion (mit mikroscopischen Demonstrationen). Blaschko (Berlin): Verbreitung der Syphilis in Deutschland.

Venereologie.

Neisser (Breslau): Weitere Mittheilung über die Protargolverwendung. Schuster (Aachen): Zur Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus. Millitzer (Erfurt): Demonstration einer Einrichtung, die leicht an jedem Casper'schen Endoskop angebracht werden kann, wodurch eine wesentlich erhöhte Leuchtkraft erzielt wird. Sedlmayer (Strassburg): Fortschritte der Gonorrhoebehandlung seit dem Prager Congress. Kuznitzky (Köln): Plattenmodell der Urethralschleimhaut eines 6 Monate alten männlichen Foetus. Blaschko (Berlin): Sollen die Prostituirten auf Gonorrhoe untersucht und behandel werden? Harttung (Breslau): Gonorrh. Epididymitis. Arning (Hamburg): Zur Therapie des Ulcus molle. Lesser (Berlin): Ischias gonorrhoica. Kulisch (Halle): Protargolbehandlung der Gonorrhoe. Saalfeld (Berlin): Ueber die Tysonschen Drüsen. Westberg (Hamburg): Ueber Behandlung der Prostatahypertrophie. Neuberger (Nürnberg): Ueber Filamentenuntersuchungen bei chronischer Gonorrhoe. Wolff (Strassburg): Demonstration eines neuen Irrigators zu Blasenspül[illegible]ngen.

— Am 10. März hat, wie wir der «Nordlivl. Ztg.» entnehmen, der für die neucreirte Professur der klinischen Propä-

deutik an der Universität Jurjew (Dorpat) berufene Privatdocent der Moskauer Universität Dr. N. A. Ssaweljew seine Antrittsvorlesung gehalten über das Thema «Die ärztliche Diagnostik innerhalb der medicinischen Wissenschaft und Ergebnisse von Untersuchungen mittelst einer neuen diagnostischen Methode». — Der neu ernannte Professor hat im Jahre 1885 den Cursus an der Moskauer Universität absolvirt und ist, nachdem er seine Studien im Auslande fortgesetzt hatte, seit einigen Jahren als Privatdocent für innere Medicin in Moscau thätig gewesen. An der alten Universität Dorpat existirte keine Professur für klinische Propädeutik, sondern nur eine Docentur für dieses Fach, welche successiv von Dr. Gustav Reyher (1861—83), Dr. K. Dehio bis zu seiner Ernennung zum Professor (bis 1886) und Dr. Stadelmann bis zu seiner Berufung nach Berlin im November 1894 bekleidet wurde. Professor Ssaweljew übernimmt mit dem Lehrstuhl der klinischen Propädeutik, zugleich die Leitung der Poliklinik, welche bisher mit der Docentur der klinischen Propädeutik nicht verbunden war, sondern seit 1886 von Professor Dehio neben der Direction der Hospitalklinik besorgt wurde.

— Der Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie Dr. S. Kostjurin hat sich krankheitshalber ins Ausland begeben und sind in Folge dessen die Vorlesungen über Pharmakologie interimistisch dem Privatdocenten Dr. Kotljar übertragen worden.

— Der ordentliche Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Saslezki, ist zum älteren Arzt des Kasanschen Gouvernementshospitals und Director der Kasanschen Feldscherschule ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Dr. Borchsenius, Director des Lavalle'schen Kinderasyls in St. Petersburg, ist zum Präsidenten der ständigen Commission des St. Petersburger Conseils der Kinderasyle ernannt worden, unter Belassung in der gegenwärtigen Stellung.

Verstorben: 1) In Kursk Dr. Jakob Hirschson im Alter von 68 Jahren. Aus Kurland gebürtig, widmete sich H. dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität von 1854—58. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1858 war er Kreisarzt zu Tim (Gouv. Kursk), siedelte aber 1861 nach Kursk über, war anfangs als Ordinator am Stadthospital, dann viele Jahre als Leiter der Irrenabtheilung dieses Hospitals fungirte. Der Hingeschiedene nahm eine hochgeachtete Stellung unter den Einwohnern sowohl, wie auch unter den Collegen ein; er war auch Ehrenmitglied der Gesellschaft der Kurskischen Aerzte. — 2) Am 3. März in Kursk der Landschaftsarzt des Schtschigry'schen Kreises N. M. Bulgakow im 34. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte in seinem Wirkungskreise als Arzt wie als Mensch viel Liebe erworben; es beschlossen daher die Einwohner von Schtschigry, als sie die Nachricht von seinem in Kursk erfolgten Tode erhielten, seine Leiche auf ihre Kosten nach Schtschigry überzuführen und dort zu bestatten. — 3) Am 8. März in Lohdenhof (Livland) Dr. Arthur Schmidt im Alter von 25 Jahren. Der so jung Hingeschiedene hatte erst vor Kurzem den Cursus an der Universität Jurjew (Dorpat) absolvirt. — 4) In Stawropol der frühere Gouvernementsarzt von Baku Dr. Gabriel Denissenko im 56. Lebensjahre an den Folgen von Apoplexie. Er hatte sich mehrere Jahre mit der Augenheilkunde im Auslande beschäftigt und war auch einige Zeit Privatdocent für dieses Fach an der Moskauer Universität, bis er 1889 die Arztstelle am Hospital in Baku annahm. Seit 1894 bekleidete er den Posten des Gouvenementsarztes ebendaselbst. — 5) In Aachen Sanitätsrath Dr. Carl Capellmann, der frühere Leiter der Alexianeranstalten, welche durch den seiner Zeit ungeheueres Aufsehen erregenden Prozess gegen Mellage zu einer vorübergehenden Berühmtheit eigener Art gelangt sind. Der Verstorbene pflegte eine aus der Vergangenheit überkommene Disciplin, nämlich die «katholische Medicin». Capellmann's Lehrbuch der «Pastoralmedicin» erlebte nicht weniger als 10 Auflagen.

— Der Docent der Dermatologie an der Universität Bonn, Dr. Rieder, ist zum Professor der medicinischen Schule in Constantinopel ernannt worden.
(A. m. C.-Ztg.)

— Der Professor der Physiologie an der Kieler Universität Dr. Victor Hensen, ist zum Mitgliede der Berliner Academie der Wissenschaften ernannt worden. H. hat sich grosse wissenschaftliche Verdienste erworben durch seine epochemachenden Arbeiten über physiologische Optik und seine Forschungen auf dem Gebiet der Embryologie. (A. m. C.-Ztg.)

— Um dem Andenken des als Wohlthäter bekannten im December v. J. verstorbenen hiesigen Arztes Dr. Schilling ein bleibendes Denkmal zu errichten, haben viele ehemaligen Patienten und Collegen desselben ein Capital von 15,000 Rbl. gesammelt und seiner Wittwe zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt. Letztere hat nun, im Sinne ihres verstorbenen Mannes handelnd, beschlossen, dieses Kapital zur Errichtung eines Asyls für minderjährige mittellose Waisen (Mädchen) von Aerzten in Schuwalowo zu verwenden. Die Zöglinge sollen in diesem Asyl zum Eintritt in eines der St. Petersburger Institute vorbereitet werden.
(«Now. Wremja».)

— Die hieselbst am 16. März am Herzschlage verschiedene Wittwe des ehemaligen Professors der militär-medicinischen Academie Tschudnowski hat, wie die Tagesblätter berichten, ihr ganzes Vermögen (gegen 30,000 Rbl.) dem Verein zur Unterstützung mittelloser Studenten der genannten Academie zur Stiftung von Stipendien auf den Namen ihren Mannes testamentarisch vermacht. Der Erlös aus dem Verkauf ihrer Garderobe, ihres Hausgeräths und der Wohnungseinrichtungen soll den Studenten direct zu Gute kommen.

— Die Berliner Aerzte beabsichtigen, auf Anregung des Professor Lassar, einen ärztlichen Club zu gründen, welcher zur Unterhaltung, zum geselligen Verkehr, zur Lectüre der wissenschaftlichen und Tagesliteratur, zum Spiel und zur materiellen Verpflegung dienen soll. Es ist zugleich ins Auge gefasst, dass die zahlreichen fremden Aerzte, welche Berlin besuchen, im Club Zugang finden.

— Am 5. Mai d. J. wird hierselbst ein Congress von russischen Eisenbahnärzten eröffnet werden

— Die III. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen, findet am 30. April und 1. Mai n. St. in Jena unter dem Präsidium der Proff. Bierwanger und Hitzig und die Wanderversammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte am 21. und 22. Mai n. St. in Baden-Baden statt.

— Dass ein Doctor-Diplom auch schädlich werden kann, beweist nachstehender vor dem Pariser Zuchtpolizeigericht zur Verhandlung gekommene curiose Fall.

Ein Mann war angeklagt, in der Vorstadt La Chapelle Curpfuscherei getrieben zu haben. Der Angeklagte wies aber zur grossen Verblüffung des Gerichts ein authentisches Doctor-Diplom der Pariser Facultät vor und erklärte auf die Frage des Vorsitzenden, warum er seinen Beruf unter so geheimnissvollen Umständen ausübe, wörtlich: «In dem Viertel, das ich mit meiner Familie bewohne und wo ich mit einer Tafel an dem Hausthore officiell ordinire, habe ich fast gar keine Praxis. Auf der Chapelle hingegen, wo ich in einem schmutzigen Hause in einer kleinen Kammer behandle, werde ich für einen Curpfuscher gehalten und habe deshalb zahlreiche Kundschaften. Was mir da schadet, das ist mein Diplom!»

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. März d. J. 8698 (35 mehr als in d. Vorw.), darunter 869 Typhus — (56 wen.), 890 Syphilis — (12 wen.), 158 Scharlach — (5 wen.), 166 Diphtherie — (19 wen.), 55 Masern — (2 mehr), und 55 Pockenkranke — (21 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. März 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
402	312	714	132	68	98	25	12	24	69	65	43	61	65	37	14	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 33. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 20, Diphtherie 34. Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 42, Krankheiten der Verdauungsorgane 65, Todtgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 31. März 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. April 1898.

MARIENBAD (BÖHMEN) **Weltcurort**

ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldbergen, mit dem stärksten sämmtlicher bekannter Glaubersalzwässer, dem kräftigsten der reinen Eisenwässer, dem eisenreichsten aller Mineralmoore.

Das «Centralbad» und «Neubad» neuerbaut, zweckmässigst und mit grösstem Comfort ausgestattet, mit Kohlensäure-, Moor, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbädern, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage und schwedische Heilgymnastik in der medico-mechan. Zanderanstalt. Elektr. Zweizellenbad.

— Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadtbeleuchtung. — Hochquellenwasserleitung.

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- und Radfahr Club. — Gedeckte u. offene Reitbahn, Pensionsstallung. — Jugendspielplätze. — Lawn-Tennis. — Internrb. Telefon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 20.000 (excl. Passanten).

Prospecte und Brochüren gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. 3/4 Lit. Inhalt.
Natürliches Marienbader Brunnensalz, pulv. u. kryst. (0.862 gr. pulv. Salz entsprechen 100 gr. Mineralw.). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. od. dosirt zu 5 gr. in Cartons.
Marienbader Brunnen-Pastillen in Orig.-Schachteln.
FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensalz. In allen Mineralwasser-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Bürgermeisteramt. Brunnen-Versendung, Marienbad.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Seebäder; Schlamm-, Fichtennadel-, Salz-, Eisen-, Laugen- u. Dampf-Wannen; **Massage-, Electricität**, Milch-, Kefyr- und Mineralwasser-Curen. Neuerbauter **Cursaal.** — Musik, Theater, Tanzabende, Concerte etc. — Broschüre und **Auskünfte** über Wohnungen gratis durch die

Bade-Commission.

Dr. Leusser, Bad Kissingen

nimmt in seiner idyllisch, in nächster Nähe der Bäder gelegenen Villa,

HERZKRANKE

jeder Art, mit organischen und functionellen Störungen, für welche, die an Kohlensäuregehalt unübertroffenen Kissinger Thermalsoolbäder, von anerkannt, vorzüglicher Heilwirkung sind, in Pension und ärztliche Behandlung. Auch Reconvalescenten und Erholungsbedürftige finden Aufnahme.

(36) 5—1. **Näheres auf Verlangen durch Prospecte.**

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. **Als Normaldosis** genügt 1/2 Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf **jeder Etiquette** unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(95) 26—16.

STERILISIRTER TRAUBENSAFT

von **Einem** in **Simferopel**

zu haben bei

Alexei Iw. Kerin.

Im Innern des Marien-Marktes vis-à-vis der Kapelle.

Inselbad Paderborn.

Einzige Heilanstalt für

Asthma*) und verwandte Krankheiten, Nasen- und Halsleiden.

Prospecte gratis.

Spec.-Arz **Dr. Brügelmann**, Dir.

*) cf. Brügelmann: Ueber Asthma. III. Aufl. Bergmann, Verlag Wiesbaden. (35) 5—1.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT

Quellen Choussy Perière.

Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.

Dies natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben. Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

Für Aerzte: Künstliche Ersatzaugen für **Menschen.** Ia. Qualität, prämiirt, pr. St. M. 1.—, 100 St. M. 80.—, Augen nach Muster zur billigsten Berechnung. Must. f. Aerzte z. Dienst. (III. Kat. g. u. fr.). **Müller-Zschach,** Fabrikat. künstl. Augen etc. etc., Lauscha i. Thür. (Deutschland). (27) 2—2.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.



Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Handbuch
der
Krankenversorgung und Krankenpflege

herausgegeben von
Dr. Georg Liebe, Dr. Paul Jacobsohn, Dr. George Meyer.

In zwei Bänden.

Erster Band. I. Abtheilung. gr. 8. 1898.
Preis d. vollständ. ersten Bandes: 20 M.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Довв. ценв. Спб. 21 Марта 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, (9. April) 28. März **1898**

Zur operativen Behandlung der Pylorostenose.

Von

Dr. A. Selenkoff (Zarskoje Sselo).

Nach einem auf dem V. Livl. Aerztetage in Dorpat gehaltenen Vortrage. (Sept. 1893).

(Schluss).

5. Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz ist die jüngste aller Operationen am Pylorus (v. Heinecke[9]) in Erlangen im März 1886, von Mikulicz[10]) in Königsberg 13. Feb. 1887 ausgeführt). Der allgemein gebräuchliche Name ist von Mikulicz in Vorschlag gebracht. Diese Operation, welche bei allen Fällen gutartiger Stenose indicirt ist, wird leider zu oft durch die Gastroenterostomie resp. Pylorectomie ersetzt. Sie verdient gewiss volles Vertrauen, sowohl durch ihre geringe Gefährlichkeit, als auch nach ihren Endresultaten — indem sie die motorische Thätigkeit des Magens in der Mehrzahl der Fälle zur Norm bringt.

In Russland ist die erste Pyloroplastik mit vollem Erfolge von Ad. Knie in Moskau ausgeführt worden. In der Mittheilung dieses Falles führt Dr. J. Ssumarokow[11]) 17 bis 1890 publicirte Fälle an und in einer Notiz (Врачъ 1892 № 49) weitere 13. Somit wurde die Pyloroplastik bis 1892 in 30 Fällen geübt, von welchen nur 4 mit dem Tode endigten. Der letzte Todesfall in dieser Reihe fand 1890 statt.

Die Technik der in Rede stehenden Operation ist einfach. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in lin. alba (der anfangs von Mikulicz empfohlene Schrägschnitt parallel d. 10. Rippe scheint, der complicirten Verletzung der Bauchwand wegen, aufgegeben zu sein) und der äusseren Untersuchung des Pförtners, wird ein Längsschnitt der pars pylorica in den Magen geführt und nun die digitale innere Untersuchung des Pylorus gemacht. Erweist sich derselbe als verengt, so wird der Längsschnitt über den Pylorusring auf einer Hohlsonde bis ins Duodenum, wo es schon weich sich anfühlt, fortgesetzt und darauf der ganze Schnitt in querer Richtung 2-stöckig vernäht, so dass die Endpunkte des Längsschnittes die Mitte der Nahtlinie bilden. Die schwache Seite der Operation liegt in der hochgradigen Spannung, besonders in dieser Mitte, welche bei der Zartheit der Duodenumwand manche Knopfnaht zum Einreissen bringt. Darum ziehe ich, für die Schleimhaut sowohl, wie für die Serosa, die Matratzennaht vor, indem jeder Nadelstich parallel dem Wundrande etwa 3 mm. fortgeführt wird, so dass der Faden (Seide Nr. 1) auf jeder Seite 2 Angriffspunkte erhält. In der zumeist gespannten Mitte, wo 5—6 Ctm. entfernte Punkte zusammengebracht werden müssen, ist diese Nahtmethode, besonders an d. brüchigen Serosa bei einiger Infiltration der hinteren Wand, unumgänglich. Die subseröse und die Muskelschicht der Darmwand müssen bei den äusseren Nähten stets mitgefasst werden; denn die Serosa allein ist im Zustande chronischer Entzündung brüchig wie dünnes Glas.

Ich verfüge über 7 Fälle von Pyloroplastik, von denen 4 eigene sind; je 1 Fall ist mir von den Collegen A. Trojanow, A. Kadjan und R. Wanach in liebenswürdiger Weise zur Veröffentlichung überlassen worden.

5. Alexander L. 7 J. alt, Sohn eines Beamten, sollte den Sommer 1892 bei Verwandten in Kursk zubringen, erkrankte aber an einer leichten Typhusform und schluckte in der Reconvalescenz durch ein Versehen seiner Mutter am 17. Mai 1 Esslöffel voll 50% (!) ZnCl-lösung, welche für sie selbst zum äuss. Gebrauch verschrieben war. Glücklicherweise kam das Gift in den vollen Magen und wurde sofort durch den Brechact entleert, das Erbrochene enthielt hellrothes Blut. Die sofort herbei gerufenen Aerzte sahen in Folge dessen von einer Magenspülung ab. In 5 Tagen erholte sich der Knabe und klagte auch nicht über Schmerzen, als am 27. Mai (am 10. Tage nach der Verätzung) plötzlich 2 Stunden nach dem Essen Erbrechen autrat, welches sich fortan täglich wiederholte und 1—3 Pf. Speisebrei enthielt. Stuhlentleerungen fanden in dieser Zeit 1 Mal in 5—6 Tagen statt. Die Er-

[9]) Fronmüller. Operation der Pylorusstenose. Diss. Fürth 1886.

[10]) Lang. Arch. Bd. 37. pag. 79.

[11]) Медицинск. Обозрѣніе. 1891 № 1.

nährung fiel also rapid und die Aerzte bestanden auf unverzüglicher Rückreise nach Petersburg behufs operativer Hülfe. Den 5. Juni diagnosticirte der herbeigerufene Dr. W. Kernig eine Pylorostenose durch Verätzung und, während vor der Hand täglich Magenspülungen vorgenommen wurden, überredete er den Vater möglichst schnell seine Einwilligung zur Operation zu geben, ohne welche der Tod unvermeidlich sei. Bei den Spülungen wurden stets die am vorhergehenden Tage eingenommenen Speisen entleert, aber im Zustande der sauren Gährung; sie enthielten nur Spuren von freier HCl, dagegen viel Milch- und Fettsäuren. Stuhl erfolgte etwa 1 Mal in der Woche, von Hühnereigrösse, dunkel, hart. Erst am 10. Juni kam eine Consultation zu Stande, welche aus den Collegen Kernig, Netschaeff, Laptschinski, Eckert und mir bestand. Es wurde eine progressive Stenose des Pylorus constatirt und die Unverzüglichkeit einer operativen Abhülfe betont, deren Erfolg allerdings, bei den schon stark reducirten Kräften des kleinen Pat., als dubiös hingestellt werden musste. (Temp.: 36,0 Nachmittags, P. 120—140 sehr klein; Bauch in d. unt. Partien eingesunken. Epigastrium aufgetrieben, Magen bis unter den Nabel reichend, Peristaltik sichtbar). Auf alle Fälle war nur dieser Rettungsweg möglich. Am folgenden Morgen wurde Pat. in das klinische Institut transferirt, wo ich mit gütiger Erlaubniss des Prof. der Chirurgie G. Tiling ihn in seiner Abtheilung unterbrachte und operirte.

Die Assistenz übernahmen in liebenswürdiger Weise die Collegen Ssokolow, Johannson, Aue und Hübbenet. Eine Magenspülung vor der Operation gelang leider, wegen Renitenz des Kranken, nicht. Unter Cocain-Chloroformnarcose bei Watteeinwickelung aller Extremitäten und der Brust, machte ich die Pyloroplastik. Schnitt nach Mikulicz, parallel der 10. Rippe, schief durch den Rectus; Bei Hervorhebung des Pylorus, unter der Leber weg, trat copiöses Erbrechen ein, was den Gang der Operation sehr aufhielt. Die pars pylorica erwies sich als verdickt und nur für eine gewöhnliche Hohlsonde durchgängig, knirschte beim Einschnitt. Ihre Muscularis war auf dem Durchschnitt graulichgelb verfärbt, die Mucosa hyperämisch, verdickt, in Falten liegend; weder Ulcus noch deutliche Narbe vorhanden. Auf die Entfernung von 1 ctm. von der verengten Partie wurde darauf die Magenwunde durch 6 Nähte in situ geschlossen, auf die übrigen 6 ctm. Wunde 12 Schleimhaut- und 8 Matratzennähte, die Serosa und Muscularis fassend, angelegt. Die Serosa wurde vor Schluss der Nähte oberflächlich scarificirt (nach Senn[12]) und die Nahtlinie mit einem Netzläppchen bedeckt. Die Bauchwunde nun rasch mit einfacher Knopfnaht geschlossen, da der Puls eine drohende Beschaffenheit annahm. In ca. $^1/_2$ Stunde gelang es den Knaben zu erwecken; bis zum Abend dauerten, bei kleinem Pulse, starke Schmerzen und grosser Durst: Urinsecretion blieb aus; trotz 2-stündiger Bleibeclystiere aus Wasser mit Wein, dauerte die Herzschwäche fort Darum gestattete ich (da ich nach früherer Erfahrung kein Vertrauen auf Nährclysmen setzte) schon vom 2. Tage an Nahrung per os, jede Stunde 1 Esslöffel saurer Milch und Puréesuppe abwechselnd, sowie auch Wasser mit Wein dazwischen, wonach kein Erbrechen folgte. Die Anurie währte 2 volle Tage. Der Schlaf besserte sich von der 2. Nacht an. Der Puls hielt sich in den ersten Tagen auf 120—130, am 5. sank die Frequenz auf 116, am 6. auf 100. Die Temperatur war bis zum 5. Tage gegen 38,0°; beim ersten Verbandwechsel an diesem Tage wurde Diastase der Nähte wegen Eiterung in den Bauchdecken erwiesen; Entfernung der Nähte und Tamponade der klaffenden (bis zum Peritoneum) Wunde bis zur Heilung, welche anstandslos am 31. Tage p. op. erfolgte. Vom 6. Tage an war der Zustand schon durchaus befriedigend. Er ass mit grossem Appetit auch feste Nahrung. (Eier, Zwieback). Die erste gute Stuhlentleerung erfolgte am 5. Tage p. op. Am 11. Tage erhielt Pat. zum ersten Male auch Fleisch, worauf er am 12. Tage nach Hause entlassen wurde mit einem K. Gew. von 45 Pf. Nach 20 Tagen betrug dasselbe schon 55 Pfund. Die Wunde verheilt, die Narbe ein wenig vorgewölbt. Fortan erfreut sich der Knabe einer blühenden Gesundheit, ist fröhlich und viel stärker, als früher. Die Vorwölbung der Narbe verschwand nach 1 Jahre. Zuletzt sah ich meinen kleinen mittlerweile sehr gewachsenen Patienten als Gymnasiast der 4. Kl., im Frühling 1897 und konnte mich noch einmal von dem vollen Erfolg meiner Operation überzeugen.

6. Emma R. 32 J. alt, ledig, aus dem Bürgerstande, geb. aus Preussen, trat am 4. Januar 1892 ins Evangelische Hospital in St. Petersburg ein. Nach einem Selbstmordversuch vor 6 Jahren, wobei sie ein Glas «Mineralsäure» geschluckt hatte, begannen bei ihr verschiedene Magensymptome sich einzustellen: Aufstossen nach dem Essen und fast jeden Abend Erbrechen mit grossem Schmerz: Blutungen fanden nie statt; Obstipation; allgemeine Abmagerung (44 Kilo K. Gew.) zwang sie schliesslich im Hospital Hülfe zu suchen. Eine Magenspülung nüchtern erwies viel Speisereste und Schleim, keine freie HCl. Die grosse Curvatur $1^1/_2$ fingerbreit unterhalb des Nabels, im rechten Hypochondrium Tumor von Hühnereigrösse zu palpiren, beweglich, mit glatter Oberfläche, von kugliger Form. Nachdem nun die Kranke, bei täglicher Magenspülung und leichter (vorherrschend Milch) Kost in $3^1/_2$ Monaten 1 Kilo K. Gew. gewonnen hatte, wurde sie entlassen, um zu Hause die gewohnte Behandlung fortzusetzen. Doch schon am 28. Juli kehrte sie mit einem K. Gew. von 43, 9 Kilo zurück, mit viel ärgeren Krankheitserscheinungen, ganz klaren Symptomen der Pylorostenose. 22. August schritt ich bei K. Gew. v. 42,5 Kilo zur Operation, auf welcher nun die Pat. selbst bestand.

Die Pyloroplastik, welche meiner damaligen Ansicht nach im gegebenen Fall angezeigt war, stiess auf recht bedeutende Schwierigkeiten, da die hintere Pyloruswand eine Dicke von mindestens 3 Ctm. besass (was auch die palpirte Geschwulst darstellte) und in Folge dessen zu wenig biegsam war, um die Enden des Längsschnitts an einander zu bringen. Nachdem schon viele Nähte durchgeschnitten hatten, entschloss ich mich darum zur keilförmigen Excision des am Pylorusring befindlichen ulcus e cauterisatione mit sammt seiner Umgebung und seinem Boden, bis ans Peritoneum. Der Defect wurde durch einige tiefgreifende innere Nähte in querer Richtung geschlossen und nun war die Flexibilität zum Verschluss des Längsschnittes genügend, Nach Anlegung von Nähten, wie im vorigen Falle, und Bedeckung der Nahtline durch einen fixirten Netzzipfel wurde die Bauchwunde geschlossen. Die Operation hatte 3 Stunden in Anspruch genommen. Der Collaps war trotzdem unbedeutend. Nach $^1/_4$ Stunde begannen Schmerzen, anfallsweise jede Stunde, welche durch Opiumeispillen gemildert wurden; zum Abend jedoch sistirten sie, so dass ziemlich guter Schlaf eintrat. Die Temp. stieg in der ganzen Zeit nicht höher als 37,6; am 2. Nachmittag 1 mal galliges Erbrechen. Ord. Vichy. Am 3. Tage zeigte sich Icterus, welcher 1 Woche bestand. Vom 4. Tage p. op. erhielt Pat. Bouillon mit Eigelb, Milch. Thee und Wein. An diesem Tage trat gute breiige spontane Stuhlentleerung ein. Beim Verbandwechsel zeigte sich die Wunde reactionslos. Am 6. Tage wurde die Mehrzahl der Nähte entfernt — prima intentio. Die Pat. ist guter Laune und verträgt Puréesuppe, Milch und Zwieback ganz gut. 1. September Zunge belegt, Appetitlosigkeit; Icterus geringer; 1 Löffel Ricinusöl hat gute Wirkung. 2. September. Letzte Nähte entfernt. Fisch und Fleisch gut vertragen. 9. September K. Gew. 39,8 Kilo, 16. Sept. 41,8; 23. Sept. 43,15; 3. Oct. 45,55; 10. Oct. 46,08; 17. Oct. 47,42 Kilo. Im Ganzen betrug die Zunahme seit der Operation 4920 grm., vom 9. Sept. — 7620 gr. 17. Oct. entlassen, gesund und arbeitsfähig.

Allein, die Freude hatte nur 9 Monate gedauert. Am 24. Sept., also ca. nach 1 Jahr trat die Pat. wieder ins Hospital ein. Anfangs Juni zeigte sich wieder Erbrechen, welches in der Folge sich täglich wiederholte, wenn keine Magenspülung gemacht war. Feste Nahrung wurde bald nicht mehr vertragen und ca. 5 Stunden nach Einnahme erbrochen; der Appetit war dabei ganz gut. Das K. Gew. ist auf 38,9 Kilo gesunken. Stuhlentleerungen waren täglich, in unbedeutender Quantität; Schmerzen treten überhaupt nicht auf. — 3 Stunden nach einer Nahrungsaufnahme ($1^1/_2$ Gl. Milch und $1^1/_2$ Kop. Weissbrod) ist energische Magenperistaltik sichtbar, die gr. Curvatur 2—3 Fingerbreit unter dem Nabel. Die Bauchnarbe weich und nicht empfindlich. Pylorus als Geschwulst von Hühnereigrösse palpabel, mit der Bauchnarbe verwachsen. Bei täglicher Magenspülung stieg das K. Gew. anfangs, am 13. Oct. betrug es 41,05 Kilo, als unter Erhaltung des Appetites, Schmerzanfälle auftraten, bei der geringsten Anfüllung des Magens, welcher dilatirt blieb. 20. Oct. wurde eine Schwellung der supraclavicularen Lymphdrüsen der linken Seite constatirt, welche sehr schmerzhaft war; am folg. Tage hatte sich die Geschwulst auf die linke Halsgegend verbreitet, unter Fieberbewegungen. 25. October. Die Geschwulst wächst rapid, hat schon die Axillar- und Cubitaldrüsen des linken Armes ergriffen, welcher oedematöse Schwellung zeigt. Die Bewegungen des Halses und des linken Humerus sind äusserst schmerzhaft, der Schmerz strahlt in die Fingerspitzen aus. 2. Nov. Die Geschwulst erscheint etwas kleiner, aber gleich hart und schmerzhaft. Der Tumor am Pylorus ist etwas grösser, hart, höckerig, schmerzhaft. Die Magenperistaltik ist nach Nahrungseinnahme sehr deutlich sichtbar, von Schmerzen und Aufstossen begleitet, doch ohne Nausea; die Zunge ist rein, der Appetit vorhanden. Die Urinquantität ist in letzter Zeit und weiter sehr vermindert (500—900 ccm. in 24 h.), der Puls gegen 100. 9. Nov. Die Supraclavicular- und Halsnackendrüsen bilden eine confluirende harte Geschwulst, welche sehr schmerzhaft ist. 11. Nov. Rachen geröthet, während die Geschwulst wächst; Schlingact erschwert. 17. Nov. Das K. Gew. beträgt, trotz Allem, 44,75 Kilo, hat also vom 13. Oct. um 370 gr. zugenom-

[12]) New-York med. Record. 7. Nov. 1891.

men. Temp. 38.2 Puls 112. Stuhl alle 3–4 Tage, Appetit hält sich. Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseitig, hart. Höckerige Geschwulst am Pylorus grösser. Allgemeinbefinden immer schlechter. Urinmenge gering. Puls Morgens 120, klein. Unter Inanitionserscheinungen trat am 28. Nov. 1893 der Tod ein. — Bei der Section fand sich eine Krebsgeschwulst am Pylorus, welche den letzteren ringförmig umschlossen hatte, so dass er zwar nicht undurchgängig war aber seine Elasticität verloren hatte. Die von Dr. Döhrbeck (z. der Zeit Assistenten am Ev. Hosp.) vorgenommene mikroscopische Untersuchung bestätigte die makroscopische Diagnose auch in Bezug auf die metastatischen Tumoren.

In diesem Falle trat — unter dem Einfluss der langjährigen Schwächung des Organismus, andererseits aber auch wahrscheinlich unter dem Einfluss der Excision und inneren Naht der Geschwürsfläche — eine Umwandlung desselben in eine carcinomatöse Geschwulst ein, wie das nicht selten (Virchow) geschieht, wenn der erkrankte Pylorus (im gegeb. Falle noch der verletzte) einem dauernden Reiz ausgesetzt ist[13]). Angesichts dieses unglücklichen Umstandes könnte man bedauern, dass hier die Pyloroplastik nicht durch eine andere Hülfsleistung ersetzt worden war. Eine Gastroenterostomie hätte dem kranken Pylorus vollständige Ruhe garantirt, indem die Anastomose als Magenausgang fungirt hätte. Die Ulceration wäre ruhig verheilt, der Pylorus wäre wahrscheinlich obliterirt worden. Höchstwahrscheinlich haben die innen angelegten Nähte, in dem wenig lebensenergischen Narbengewebe keine prima intentio erzeugt und das Ulcus, welches nun aus der Wunde entstand, war dem mehrmals täglich wiederholten Reiz der durchpassirenden Ingesta ausgesetzt. Jedenfalls würde ich künftighin in einem ähnlichen Falle die Gastroenterostomie ausführen.

7. Anton R. 33 J. a. Unteroffizier a. D. trat am 18. October 1892 in d. Alexander-Männerhospital (Abth. v. Dr. H. Westphahlen) ein. Ungefähr vor 1 Monat hatte er ein Weinglas voll Salzsäure geschluckt, wonach blutiges Erbrechen mit starken Schmerzen eintrat, welches 3 Tage lang anhielt. Die folgenden 2 Wochen brachte er in einem leidlichen Zustande zu, aber darauf stellte sich wieder Nausea, Schmerz im Epigastrium und täglich abendliches Erbrechen ein, bei seltener und geringer Stuhlentleerung Der Pat. macht den Eindruck eines Psychopathen, ist hochgradig abgemagert und leidet bei aufrechter Stellung an Schwindel. K. Gew. 104¾ Pf. Allen Symptome der Pylorostenose. Auf einer Consultation wurde beschlossen eine Pyloroplastik auszuführen, welche von mir am 23. Oct. gemacht wurde. Der Ausgangstheil des Magens auf eine Länge von 6–7 ctm. verdickt, aber hart nur in der Gegend des Pylorus, nach Einschnitt findet sich auf der hinteren Seite desselben eine von Schleimhaut entblösste, 5 Kop.-Stückgrosse, Stelle, welche am Pylorusringe aufgeworfenen, callösen Rand zeigt. Der Pylorus nur für einen Gänsefederkiel durchgängig. Die Magenwunde wird |—-förmig vernäht, weil sie zu lang war, um die Endpunkte an einander zu bringen. — Zum Abend trat eine so hochgradige Gasauftreibung der Därme ein, dass der Verbnd gewechselt und der Darm durch hohe Klystiere von den stinkenden Gasen (aus den Peptonclysmen an diesem Tage) befreit werden musste. Dieser Zwischenfall bedingte eine Diastase der Bauchdeckennähte und Eiterung der Bauchwunde. Nahrung erhielt der Patient vom 3. Tage an (Milch, Zwieback, Eier). An diesem Tage kam auch der erste spontane Stuhl zu Stande. Als einige Unzuträglichkeit blieb die Neigung des Magens zur Production faulig stinkender Gase, welche auch bei leichter Kost nicht nachliess. Bei Exacerbation dieses Symptoms leistete jedesmal Ol. Ricini gute Dienste. 3 Wochen p. op. war das K. Gew. auf 125½ Pf. (also um 20¾ Pf.) gestiegen. Dennoch erwiesen sich am 19. Nov., bei einer Probespülung, Speisereste r vom vorhergehenden Tage und von 100 ccm. Oel wurden nach 2 Stunden 65 wieder heraus gehebert. 20. Nov. Ewald's Probefrühstück erwies sich nach 1½ St. wenig verdaut; dagegen war viel Schleim und Milchsäure, keine freie Salzsäure. Mikroscop. Untersuchung des Bodensatzes erwies: Muskelfibriellen. (vom vorigen Tage) Fettkrystalle, viele lange Bacillen, keine Sarcine. Der Indicangehalt des Urins war bedeutend erhöht. Ordin.: gemischte Kost, täglich Magenspülung. Um 11 Uhr Ab. 15 Tropfen ac. muriat, dil. 2 mal nach dem Essen, extr. nuc. vom. (0,12 gr. auf 20 Pillen, 2 mal täglich 3 Pillen). Nach 2 Tagen konnte eine Abnahme von ¾ Pf. K. Gew. constatirt werden, bei ungenügender chemischer und motorischer Magenfunction. 24. Nov. kam eine Colitis hinzu mit geringem Fieber; Auftreibung des Leibes und Aufstossen bestanden fort; das K. Gew. nahm weiter ab und erreichte am 6. Dec. 114½ Pf., am 9. Dec. — 112¼ Pf. Die Colitis dauerte bis Ende des Monats und hinderte den Patienten an der Ernährung. 10. Dec. erschien wieder Erbrechen aber unregelmässig. Zum 5. Jan 1893 war das K. Gew. wieder auf 128 Pf. gestiegen, was aber auf Rechnung von Oedem des Rückens, der Füsse und Ascites zu schieben war. Weder diätetische, noch medicamentöse Behandlung hatte irgend welchen Erfolg. Im Februar trat ein Erysipel und Abscess am Unterschenkel auf, sowie ein eitriger Zerfall der Axillardrüsen. Endlich, am 7. März, starb der Kranke. Die Section erwies: Tuberculose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen, Miliartuberculose des Peritoneums und der Pleura; Pylorus durchgängig, aber nicht in genügendem Masse, da er durch narbige Contraction bei Heilung der Aetzfläche stenotisch war.

Obgleich als Todesursache in diesem Falle die Tuberculose anzusehen ist, kann man doch dem Operateur vorwerfen, dass er die künftige Narbencontraction nicht in Rechnung gebracht habe. Ich musste einen grösseren Theil der Längswunde quer vernähen, und einen weiteren Ausgang aus dem Magen herstellen. Bei fortgesetztem Bestehen fauliger Zersetzung im Magen, konnte seine Function nur durch leichte Entleerbarkeit hergestellt werden. Auch in diesem Falle wäre wohl eine ausgiebige Magendarmfistel mehr am Platze gewesen als die Pyloroplastik.

8. Michail M. (Anfang d. Krankengeschichte im Capitel über Loreta'sche Dehnung). 2 Wochen nach der Dehnung erreichte die Stenose wieder ihren früheren Grad. Am 26. Feb. 1893 führte ich die Pyloroplastik unter sehr erschwerten Verhältnissen aus: Das K. Gew. betrug 83 Pf. (!), die Herzthätigkeit des Pat. lag darnieder; ausserdem waren in den betr. Theilen Umlagerungen und Verwachsungen eingetreten, der Pylorus konnte nicht aus der Bauchhöhle gehoben werden, das Lig. susp. hep. lag links von der Lin. alba, etc. Nichts destoweniger gelang die Operation (ohne Chloroform, nur mit Injection von Cocainlösung subcutan) vollkommen. Die Schmerzen schwanden am folg. Tage, Erbrechen sistirte sofort; Milch vertrug der Kranke schon am Tage darauf, und in den folgenden Tagen auch andere Nahrung, wobei er mit Freuden jedesmal den Uebertritt der Speise in den Darm constatirte. Am 17. Tage stand Pat. schon auf. Das K. Gew. stieg stetig und erreichte am Tage der Entlassung am 17. Mai, schon 117 Pf., was eine Zunahme um 34 Pf. (also im Mittel ¾ in 1 Tage) bedeutete. Der Allgemeinzustand war durchaus befriedigend. Mit diätetischen Anweisungen versehen, kehrte er heim, zu seinem Beruf. Im Juli desselben Jahres theilte er mir brieflich mit, dass er sich ganz wohl fühle, aber nur bei regelmässiger Lebensweise und bescheidener Kost (Morgens 3 Eier, 1 Weissbrod und 2 Glas Kaffee; zu Mittag Suppe und Cotelette; um 5 Uhr 2 Glas Thee und 1 Ei; Abends 2 Eier, 1 Weissbrod und Milch). Sein Kräftezustand sei gut, er könne seinen Dienst als Dorfschullehrer vollkommen leisten und mache weite Spaziergänge: aber sobald er sich den geringsten Excess im Essen erlaube, so fühle er Druck in der Magengegend und habe Aufstossen. Das K. Gew. sei 129 Pf. Ende Juni habe sich an der Narbe ein Abscess gebildet, aus welchem 2 Nahtschlingen sich entleerten. (Offenbar Pylorusnähte, da dieser Theil mit den Bauchdecken verwachsen war).

Die catarrhalischen Symptome sind also noch nicht vorbei; dennoch kann der Erfolg der Pyloroplastik in diesem Falle, trotz der traurigen Verhältnisse bei der Operation, als vollkommen gut bezeichnet werden.

9. (Privatmittheilung des Collegen A. Trojanow).

Johann B. 42 J. a. Finnländischer Arbeiter, trat am 5. Juni 1891 in die therapeutische Abtheilung des Obuchow-Hospitals ein. Vor 7 Wochen d. h. d. 14. April hat er im Versehen statt Schnaps 1 Weinglas conc. Salzsäure geschluckt. Klagt über erschwertes Schlingen und Brechneigung. 2 Wochen lang litt der Kranke fortan an täglichem Erbrechen unverdauter Speisereste, hatte keine Stuhlentleerung. Tägliche Magenspülung; die vorgeschriebene Diät und die übrigen therapeutischen Massnahmen blieben ohne jeden Erfolg und Pat. wurde in die chir. Abtheil. des Coll. A. Trojanow zur Operation übergeführt. «Bei der Untersuchung fand ich[14])

[13]) s. Eichhorst. Handbuch der spec. Path. und Ther. russ. Uebers. v. Dr. Schapiro. Bd. II. pag. 161,

[14]) d. h. Dr. Trojanow, dessen Mittheilung ich wörtlich anführe.

den Kranken sehr abgemagert und schwach; er lag bewegungslos da; die Haut war welk und leicht faltbar, das Unterhautgewebe fettlos. Bald nach Einnahme der Mineralsäure war blutiges Erbrechen, dann einige blutige Stühle eingetreten. Darauf bildeten sich allmählich die Symptome der Pylorostenose in typischer Form aus» (die Symptome sind dem Leser schon bekannt: also übergehe ich die Aufzählung derselben. — d. Verf.). «Der Puls war ziemlich gut Temp. 35,8—36,2 Urin eiweissfrei».

«Im Laufe von 4 Tagen (! — d. Verf.) wurde nun der Pat. zur Operation vorbereitet. Täglich wurde ihm der Magen mit warmer Salicylsäurelösung (1:300) ausgespült, wobei stets eine Menge unverdauter Speisereste entfernt wurden. Darauf, als die Kräfte des Kranken, Dank den Nährclysmen, Fleischsaft, Peptonbouillon, Kaffee, Kumyss und Wein sichtlich gehoben waren, entschloss ich mich zu einem operativen Eingriff».

«25. Juni eröffnete ich in Chloroformnarcose (welche sehr gut vertragen wurde), durch Schnitt in der linea alba, die Bauchhöhle. Der Pylorus lag unmittelbar in der Schnittlinie. Der eingeführte Finger fühlte in ihm eine ringförmige Verdickung, während der anliegende Theil des Duodenum ganz normal war. Der Pylorus wurde nun hervorgezogen und durch Assistentenfinger fixirt gehalten. In die Bauchwunde wurden aseptische Tampons eingeführt, um das Operationsobject zu isoliren. Darauf wurde ein Einschnitt in den Magen von 2 Ctm. Länge gemacht, hart am Pylorus. Die Fingeruntersuchung von innen ergab bedeutende Verengerung: der Pförtner war höchstens von Gänsefederkielweite. Darauf wurde der Einschnitt auf 5—6 Ctm. verlängert. Nachdem ich mich überzeugt hatte, dass die ganze Wand von gefalteter Schleimhaut (ohne eine Spur von Exulceration) bedeckt war und dass sowohl ins Duodenum, als auch in den Magen mein Zeigefinger eingeführt werden konnte, vereinigte ich die Schnittränder in verticaler Richtung durch 16 Schleimhaut — und 11 Serosanähte nach Lembert. Nach Reposition des Pförtners und sorgfältiger Toilette des Bauchfells, wurde die Bauchwunde durch 12 Knopfnähte und einige durch Haut und Muskeln gelegte Nähte geschlossen. In den unteren Wundwinkel wurde ein kurzes Drain eingeführt. Antiseptischer Verband. Die Narcose verlief vollkommen glatt, während 85 gr. Chloroform verbraucht wurde. Weder Nausea, noch Erbrechen erfolgten. Die Operation dauerte von Beginn der Narcose 1 St. 45 Min». «Nach der Operation erholte sich Pat. schnell und vollständig und fühlte sich am Abend darauf sehr wohl. Der Puls war gut; Harn in genügender Quantität; weder Uebelkeit noch Erbrechen. 2. Tag (26. Juni). Allgemeinbefinden gut; Puls ziemlich gut, Nausea ohne Erbrechen. Keine Schmerzen. In der Nacht und heute wird der Durst durch Clysmen von physiol. Salzlösung (!— d. Vf.) bekämpft, zu denen je 1 Esslöffel Peptonbouillon und Fleischsaft zugesetzt sind. 3. Tag (27. Juni). Allgemeinbefinden gut. Keine Schmerzen, aber der Puls merklich schwächer. Nährklysmen 2-stündlich. 4. Tag (28. Juni). Bewusstsein klar, keine Klagen, kein Schmerz bei Berührung des Bauches. Urinirt recht häufig, aber tropfenweise, ohne Incontinenz. Temperatur subnormal. Puls sehr schwach und klein. Apathie. Ordin.: Theelöffelweise Wein, 2 Nährclysmen. Um 4 Uhr 30 Minuten verlor Pat. das Bewusstsein, der Puls verschwand an der Radialis etc. Um 5 Uhr 45 Minuten starb er ruhig. Section. Oedem des Gehirns und der Meningen. Chronische diffuse Nephritis. Atrophia hepatis et lienis. Enorme Dilatation des Magens, Atrophie seiner Schleimhaut. Operations-Narbe am Pylorus, dieser für den Zeigefinger frei passirbar. Käsige Herde in den Lungenspitzen».

«Aus den Ergebnissen des Verlaufs und der Section geht hervor, dass der Tod durch langsame Erschöpfung erfolgt war».

10. (Privatmittheilung vom Collegen A. Kadjan).

Natalja J-wa, 31 J. Bäuerin wurde am 20. Juni 1892 in das weibliche Obuchowhospital aufgenommen. Ihre Klagen bezogen sich auf Schmerzen im Epigastrium und linken Hypochondrium, Sodbrennen, Uebelkeit und Erbrechen mehrmals täglich. Leidet seit 17 Jahren. Das Erbrechen war kaffeesatzähnlich. Seit dem Frühling vorigen Jahres begann Pat. abzumagern; in der letzten Zeit schwollen ihr die Füsse. Im Landschafts-Hospital wurde sie mit Magenspülungen und Faradisation des Leibes behandelt, doch ohne Erfolg. In der therapeutischen Abtheilung des Obuchowhospitals war die Diagnose auf Pylorostenose mit consec. Magenerweiterung gestellt worden. Nach 10-tägigem Aufenthalt wurde die Pat. in die chirurgische Abtheilung behufs Operation transferirt. K. Gew. bei der Aufnahme 92¼ Pfund, bei der Ueberführung 74¾ Pfund. Nach Vorbereitung wurde am 4. Juli die Pyloroplastik in allgemein gebräuchlicher Weise ausgeführt. Die Wände des Magenausgangs waren verhärtet und verdickt; der Pylorus selbst nur für eine Hohlsonde durchgängig; weder Ulcus noch Tumor. Die Herzthätigkeit, welche sich nach der Narcose gehoben hatte, begann gegen Abend zu sinken. Am folgenden Tage war der Puls kaum fühlbar und es trat bald völliger Collaps ein: 24 Stunden p. op. ruhiger Exitus letalis, trotz Analeptica und Infusion physiologischer Kochsalzlösung. Section (Dr. Lewin). Keine Anzeichen von Peritonitis; Atrophie und Anämie der inn. Organe; chronischer Catarrh des Magens und Darms; Stenose (? d. Verf.) des Pylorus durch Hypertrophie; der Pylorus ist übrigens für den Zeigefinger frei durchgängig. Die Abwesenheit eines Tumors mikroscopisch nachgewiesen.

Augenscheinlich ist hier der Tod durch Inanition eingetreten, da die operative Hilfe zu spät geleistet wurde.

11. (Privatmittheilung des Collegen R. Wanach).

Jacob B. 17 Jahre alt, Bauer, trat am 15. Juli 1892 ins Peter-Paulhospital ein, nachdem er an demselben Tage, aus Versehen, etwas Schwefelsäure geschluckt hatte. Mehrfaches Erbrechen dunkelbrauner Massen folgte; Verätzung des Mundes und Rachens; kein Schmerz im Magen. Allmählich wieder hergestellt, verliess Pat. 31. Juli. Allein schon am 12. August kam er wieder mit Zeichen von Stenose des Rachens, der Speiseröhre und des Pylorus. Die Symptome steigerten sich stetig; erst am 9. September gelang es eine Magensonde einzuführen und den Magen auszuspülen. Bei Aufblasung desselben mit Luft, stellte sich die grosse Curvatur auf 3 Querfinger unterhalb des Nabels. K. Gew. 70 Pfund. Grosse Schwäche. 11. September. Pyloroplastik unter Cocainanästhesie fast ohne Chloroform. Schnitt von 7 cm. in den Pylorustheil, unter Leitung einer durch eine kleine Wunde vom Magen aus eingeführten Pincette. Die Schleimhaut in der stenosirten Partie gefaltet; eine ringförmige harte Narbe am Pylorus, die Muskelschicht bedeutend verdickt. Naht nach Czerny-Lembert mit Seide, wobei die Serosa an mehreren Stellen durchreisst, so dass einige Hilfsnähte nöthig werden. Der Verlauf nach der Operation liess Nichts zu wünschen übrig. Weder Erbrechen, noch Schmerz, noch Fieber traten ein. In den ersten 3 Tagen werden Nährclysmen von Eigelb, Milch und Wein gut vertragen. Am 4. Tage Milch per os.

Am 5. Tage — Milch, Eier und Kissel. Vom 6. Tage an auch Fleisch, da guter Appetit eintrat und das Essen ohne jegliche Beschwerden vertragen wurde. Stuhlentleerungen fanden täglich spontan statt. Die Bauchnähte wurden am 10. Tage entfernt; prima intentio. K. Gew. an diesem Tage 73,7 Pfund, am 17. — 80,5, am 24. — 83,5, am 30. — 87,5. Am 11. October entlassen. Den 3. November, nach Aufenthalt in der Heimath, stellte sich Pat. in blühendem Zustande wieder vor, mit einem K.-Gew. von 94,2 Pfund. Nur harte, feste Stücke machen beim Schlucken einige Schwierigkeiten.

Eine kurze Uebersicht der beschriebenen Fälle ergiebt Folgendes:

Als Indication zur Gastroenterostomie dienten 2 mal — Carcinoma pylori, 1 mal — Sarcoma pylori und 1 mal — motorische Insufficienz des Magens. Von diesen Fällen endigte nur 1 mit dem Tode unmittelbar nach der Operation (№ 2) an Inanition, welche schon vorher einen zu hohen Grad erreicht hatte.

Als Indication zur Pyloroplastik wurden 5 mal Verätzungen des Pylorus aufgefasst (№№ 5, 6, 7, 9 und 11), 1 mal Ulcus (?) (№ 10) und 1 mal chronisches Magenleiden, motorische Insufficienz ohne auffallende Strictur des Pylorus (№ 8).

Von allen 11 Fällen endigten 3 mit dem Tode in den ersten Tagen nach der Operation (№ 2 am 3. Tage, № 9 von Dr. Trojanow am 4. und № 10 von Dr. Kadjan am 2. Tage). Die Todesursache war in allen Fällen schon vor der Operation bestehende Erschöpfung, da die operative Hilfe zu spät kam.

Zeitweilige Besserung ist eingetreten in 3 Fällen von Gastroenterostomie bei bösartigen Tumoren und zwar lebte № 1 — 2 Monate, № 3 — 4 Monate, № 4 — 5 Monate. Die Arbeitsfähigkeit kehrte bei № 3 für 2 Monate, bei № 4 für 3 Monate wieder. Von den Fällen von Pyloroplastik wurden zeitweilig gebessert: № 6 auf 9 Monate, № 7 für 1 Monat (lebte nach der Operation im Hospital 5 Monate); die Arbeitsfähigkeit kam bei № 6 für ½ Jahr wieder.

Vollständige Heilung wurde in 3 Fällen erzielt (№ 5, 8, 11).

Was die Indicationen betrifft, so ist, auf Grund meiner persönlichen Erfahrung, folgendes zu bemerken:

In dem Falle № 2 bestand keine primäre Pylorostenose; es bestand vielmehr nur ein Missverhältniss zwischen motorischer Kraft der Magenmuskulatur und dem Widerstande des Pförtners (Dank der reflectorischen Contraction und consec. Hypertrophie seines Muskelringes). Als Resultat dieses Missverhältnisses trat mit den Jahren, ganz abgesehen von der Grundursache, eine Erkrankung des Magens durch fruchtlose Ueberanstrengung, Atrophie der Schleimhaut und Muscularis — ein, welche an und für sich zum Tode führen musste. Mit anderen Worten, es lagen hier Verhältnisse vor, die sich, in Bezug auf ihre Folgen, in Nichts von der Pylorostenose unterschieden. Den Uebertritt der Ingesta aus dem Magen in den Darm erleichtern — heisst die verderblichen Folgen der motorischen Insufficienz des Magens aufheben. Die Frage, ob die Darmverdauung an sich im Stande sei, den Bedürfnissen des Körpers zu genügen, ist schon lange in positivem Sinne beantwortet. Das Pancreas ist nach Bunge[15]) eine Verdauungsdrüse «κατ᾽ἐξοχήν» und besitzt alle Fähigkeiten, die Verdauung auch ohne den Magen zu leisten. Die Erfahrung widerspricht auch der Unumgänglichkeit des Magens beim Verdauungsprocess, wie sie noch vor Kurzem anerkannt war. Dass die Wirbelthiere ohne Magen ganz gut leben können, das haben Czerny und Kaiser[16]) an einem Hunde nachgewiesen, dem sie den ganzen Magen exstirpirt hatten und welcher 5 Jahre ganz flott lebte, bis er einer anatomischen Untersuchung wegen getödtet wurde. Ludwig und Ogata[17]) fütterten einen Hund mit Hilfe einer Duodenalfistel, bei durch Gummiballon verschlossenem Pylorus. Endlich beweisen auch vielfache Beobachtungen am Menschen, dass die Hauptbedeutung des Magens bei der Verdauung in seiner motorischen und bactericiden Thätigkeit liegt. Sobald die Fortbewegung der Ingesta wieder hergestellt ist, so ist das Spiel gewonnen. Wenn auch die chemische Function des Magens nicht wieder auflebt, so kommt doch die Verdauung in volle Ordnung — durch die Gastroenterostomie, wenn sie den freien Uebertritt der Ingesta in den Darm ermöglicht.

Die eben angeführten Betrachtungen sind von Dr. Westphalen in seiner Arbeit über meinen Fall № 2 urgirt worden, zu Gunsten der von ihm aufgestellten Indication für die operative Hülfe bei motorischer Insufficienz ohne bestehende Pylorostenose. In der Folge hat er an Boas[18]), Rosenheim[19]), Heinecke[20]) u. a. eine Stütze seiner Ansicht gefunden. Nur Fleiner[21]) verhält sich in seinem Lehrbuch skeptisch zu den operativen Erfolgen in ähnlichen Fällen, motivirt seine Anschauung übrigens nicht. Einige französche Chirurgen[22]) haben sich auch zu Gunsten dieser Indication ausgesprochen und thatsächliche Stützen für dieselben angeführt.

Es kann also als bewiesen gelten, dass die hartnäckige, keinem der üblichen Mittel weichende motorische Insufficienz des Magens schon genügt, um einen operativen Eingriff zu rechtfertigen.

Eine überwältigende Mehrzahl der tödtlichen Ausgänge von Magenoperationen ist durch Erschöpfung und Mangel an Kräften bedingt, welche den an und für sich ungefährlichen Eingriff für die Kranken unüberwindlich machen. Die grosse Bedeutung dieses Umstandes wird leider von manchen Operateuren noch dadurch verstärkt, dass sie mehrere Tage darauf verwenden den elenden Kranken «zur Operation vorzubereiten», indem sie antiseptische Magenspülungen und Nährclysmen aus Milch und Eigelb machen. Es kommt gewiss mehr darauf an dem Kranken die normale Ernährung schnell zu ermöglichen, als ihn auf Kosten der letzten Kräfte einige Tage lang damit hinzuhalten, dass man seinen Magen von einigen Tausend Sprosspilzen befreit und seinen Mastdarm mit Nahrungsstoffen, die zu verdauen gar nicht seine Sache ist, beschwert. Dass ein Pat. in extremis noch eine Magenoperation zu ertragen im Stande ist, bewies mein Fall Nr. 8, wo sie nicht nur gelang, sondern von bleibendem Erfolge war. Vielleicht wäre der Fall 9 auch ohne die 4-tägige Vorbereitung noch im Stande gewesen den Eingriff zu überwinden. Ferner ist die grosse Aengstlichkeit in Bezug auf Nahrungsaufnahme nach der Operation auch meiner Ansicht nach grundlos; ungestraft haben Milch schon am Tage nach der Operation genossen meine Fälle Nr. 5 und 8, am 3. Tage fast alle übrigen. Die Verheilung von Magenwunden kommt im Allgemeinen sehr schnell zu Stande; weder der secernirte Magensaft, noch die Brechbewegungen haben in meinen Fällen irgend geschadet. Die Serosa schützt durch die Fähigkeit cito tutoque Verklebungen einzugehen, die Peritonealhöhle vor dem Eindringen der Ingesta und Verdauungsflüssigkeiten. Zur Beschleunigung dieser Verklebungen tragen die von Senn[23]) in Chicago empfohlenen Scarificationen der Serosaränder und Ueberflanzungen von Netzzipfeln auf die Nahtlinien bei. Ich wandte diese Massnahmen in allen meinen Fällen von Pyloroplastik an und habe es nicht zu bereuen gehabt. Besonders in dem Falle 5, wo durch Eiterung Diastase der Bauchwunde am 2—3. Tage entstand, waren sie gewiss von Bedeutung.

In Bezug der Indication der Pyloroplastik möchte ich bemerken, dass in den Fällen, wo zur Zeit der Operation noch Geschwürs- oder Aetzflächen, überhaupt Schleimhautdefecte bestehen oder eine bedeutende Bindegewebsgeschwulst bes. an der Rückseite vorhanden ist, lieber der Pylorus in Ruhe gelassen und eine ausgiebige Gastroenterostomie retrocolica posterior ausgeführt werden soll. Bei dem ersteren Umstande tritt gewöhnlich Recidiv der Stenose durch Narbencontraction ein, im zweiten ist die Ausführung der Pyloroplastik nahezu unmöglich, wie meine Fälle Nr. 6 und 7 zeigen. Die Excision des Ulcus mit Naht, wie im Fall Nr. 6, scheint dagegen zur carcinomatösen Degeneration desselben zu disponiren.

Zum Zwecke der Schonung der Kräfte des Pat. ist es manchmal unerlässlich einen herzschwächenden Umstand wegzulassen, nämlich die Chloroformnarcose. Der schmerzhafteste Act bei der Magenoperation ist das Durchschneiden der Bauchwand. Wenn man diesen Schmerz durch subcutane Injection einer 2—3% Cocainlösung aufhebt so sind die übrigen Manipulationen nahezu schmerzlos. Gerade dieser Vorsorglichkeit verdanke ich ohne Zweifel den so glücklichen Ausgang im Fall Nr. 8, wo nach dem misslungenen Versuche mit Loreta'scher Dehnung viel Kraft vergeudet worden war, das K. Gewicht bei der Pyloroplastik 83 Pf. betrug und der Puls fadenförmig war. Uebrigens sind Magenoperationen ohne Narcose schon vielfach in der Literatur beschrieben worden.

Zum Schlusse erlaube ich mir aus allem Gesagten folgende Schlüsse zu ziehen:

---

[15]) Physiol. und path. Chemie. 3. Aufl. pag. 160.
[16]) Czerny's Beiträge zur Chirurgie 1878.
[17]) Ogata. Du Bois Reymond's Archiv 1883, pag. 89.
[18]) Diagn. und Ther. d. Magenkr. pag. 130 und 131.
[19]) Rosenheim, Krankh. d. Speiser. u. d. Mag. 1891 pag. 260.
[20]) Penzoldt u. Stinzing. Spec. Ther. d. Erkr. d. Verd. org. art. v. Heinecke.
[21]) Fleiner. Lehrb. d. Krankh. d. Verd. Org.
[22]) Arch. prov. de chirurg. 1893. Bd. II. Nr. 29.
[23]) Referat im Centralbl. f. Chir. 1889. Nr. 5.

1. Die Pylorectomie ist nur angezeigt bei Tumoren, wo weder Verwachsungen mit der Umgebung noch Metastasen vorhanden sind. (Nicht neu).

2. Die Loreta'sche Dehnung des Pförtners ist aus der Zahl der Pylorostenosenoperationen zu streichen.

3. Ebenso ist die partielle Resection nach Czerny-Maurer durch die Gastroenterostomie zu ersetzen.

4. Die Pyloroplastik ist angezeigt, bei Verätzungen und consecutiver Stenose, wenn kein Substanzverlust der Schleimhaut zur Zeit der Operation besteht. Da sie nahezu physiologische Verhältnisse schafft und im Ganzen wenig Gefahr mit sich bringt, so ist sie bei einigermassen gutem Kräftezustand zu erstreben. (Von 32 Fällen sind 3 gestorben, an Erschöpfung — Ssumarokow).

5. In allen übrigen Fällen tritt die Gastroenterostomie in ihre Rechte. Diese soll ausgiebig ausgeführt werden (5—8 Ctm. lange Einschnitte) und zwar als gastroenterost. retrocolica posterior, als die am wenigsten Verschiebung der betr. Theile bedingende und den besten schnellsten Abfluss des Ingesta garantirende Methode.

6. Leichte Kost (saure oder süsse Milch) kann man in eiligen Fällen ruhig am Tage nach der Operation gestatten. Die Nährclysmen haben wenig nutzbringende Bedeutung, stillen allenfalls nur den Durst und können zu sehr unangenehmen Zwischenfällen Veranlassung geben (s. Nr. 7.) Sie sind auch vollständig zu entbehren, wie meine erfolgreichen Fälle zeigen.

Schliesslich will ich es nicht versäumen den Collegen Frankenhäuser und H. Westphalen, sowie Trojanow, Kadjan und Wanach für die Ueberlassung der Krankengeschichten meinen Dank darzubringen.

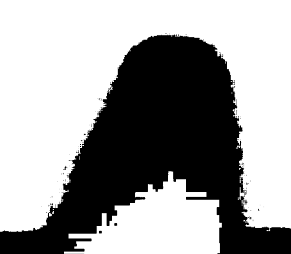
Referate.

Prof. E. Hagenbach-Burckhardt, Prof. Albrecht Burckhardt und Physicus Dr. Lotz: Ueber Diphtherie-Prophylaxe. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 3, 1898).

Die von der Basler Sanitätsbehörde ernannte, aus obigen Herren bestehende Dreier-Commission zur Formulirung geeigneter Massregeln gegen die Diphtherie, unterbreitete ihr Elaborat zunächst der Basler medicinischen Gesellschaft um vor allen Dingen eine Verständigung unter den Aerzten selbst herzustellen. Die Ungleichheit der Anordnungen findet ihre Erklärung allerdings in der Schwierigkeit die grossartigen wissenschaftlichen Entdeckungen der beiden letzten Jahrzehnte mit den Bedürfnissen und Erfahrungen der Praxis sofort in Einklang zu bringen, bleibt aber immerhin ein Zeichen von Unsicherheit und schädigt nicht allein die Sache, sondern auch das Ansehen unseres Standes. Die Zersplitterung der Ansichten in vielen Punkten auch bei uns kennend, glaubt Ref. die Basler Vorschläge, welche allerdings nichts Neues bringen aber massvoll und einheitlich sind, in allen Hauptsachen auch hier mittheilen zu müssen; ein weiterer Ausbau dieser Grundlagen ist ja keineswegs ausgeschlossen.

H.-B. hebt gleich anfangs über das Verhalten des Diphtheriabacillus, soweit das hier von Bedeutung ist, hervor, dass er microscopisch nicht ohne Weiteres von dem viel harmloseren Pseudodiphtheriebacillus, auch wenn Culturen angelegt werden, zu unterscheiden ist und nur Ueberimpfung auf das Thier über den Grad der Virulenz Aufschluss giebt; bacteriologische Diagnosen ohne Virulenzbestimmung haben also keinen allzugrossen Werth, bes. wenn sie innerhalb 24 Stunden gestellt werden. Ferner wissen wir, dass die einfache Anwesenheit der Diphtheriebacillen nicht identisch ist mit der diphtheritischen Erkrankung und dass z. B. Baumgarten in Tübingen es für verfrüht hält, Alles auf die Anwesenheit der Diphtheriebacillen zu stellen, während vielleicht der Streptococcus wichtiger und constanter ist, — wir wissen aber auch, welche Schlüsse aus den über jeden Zweifel erhabenen günstigen Erfolgen des Behring'schen Heilserums zu ziehen sind und wie wir uns nicht im begonnenen Vorgehen irre machen zu lassen brauchen. Zur Beantwortung der vorliegenden Fragen über Desinfection, Isolirung etc. müssen uns aber noch einige Eigenthümlichkeiten des Diphtheriebacillus bekannt sein und zwar zuerst hinsichtlich seines Weiterbestehens nach Ablauf aller anderen Krankheitserscheinungen. Nach den Angaben des Laboratoriums Park in New-York schwand der Bacillus in 753 Fällen von Diphtherie 325 Mal mit den Membranen, 201 Mal in 5—7 Tagen, 84 Mal bis zum 12. und 69. Mal bis zum 15. Tage, 57 Mal bis zu 3 Wochen, 16 Mal bis zu 5 Wochen, 1 Mal bis zu 7 Wochen und Fibiger (Berliner klin. Wochenschr. 97) berichtet sogar über einen 16-jährigen Knaben, der nach 9 Monaten nach abgelaufener Erkrankung virulente Bacillen aufzuweisen hatte. Da eine solche Verschiedenheit der Dauer des Haftenbleibens der Bacillen auch in Basel und an anderen Orten beobachtet wird und da es auch etwas ganz Gewöhnliches ist, dass bei den die Kranken umgebenden Personen Bacillen vorkommen ohne diese Personen in ihrer Gesundheit irgend zu stören, so ist die Bestimmung der Isolirungsdauer natürlich sehr schwierig. Solche Entscheidungen werden noch bedenklicher, wenn man erwägt, dass der Ansteckungsstoff auch ausserhalb des menschlichen Körpers (an Kleidern etc.) noch wochenlang virulent bleibt und dass die Diphtheriebacillen auch bei Serumbehandlung und allen localen Curen nicht schneller schwinden. Betreffs der Schutzimpfungen constatirt H.-B., dass das Serum als prophylactisches Mittel nicht annähernd zu derselben Anerkennung gekommen ist, wie als Heilmittel und dass die immunisirenden Injectionen bei gefährlicher Nachbarschaft etwa monatlich zu wiederholen sind. Serum als Heilmittel darf nicht in zu geringer Quantität eingespritzt werden (immer gleich von Behring II oder vom Berner Serum 1000 Imm.-Einh., die event. zu wiederholen sind), wenn man nicht sogen. subacute und chronische Diphtheriefälle erleben will.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wendet sich das zweite Mitglied, A. Burckhardt, der practischen Seite der Diphtherie-Prophylaxe zu und legt der Versammlung Entwürfe zu einer «Verordnung» und zu «Rathschlägen» vor. Die Verf. liessen sich dabei vom Grundsatze leiten, dass der Staat ohne die freiwillige Mithilfe der betheiligten Personen bei der Bekämpfung der Diphtherie nicht auskommen kann, diese Mithilfe aber richtig organisirt werden müsse und folgende Lehren zu beherzigen seien. Neben einem Obligatorium für dringende und unbestrittene, für durchführbare und controllierbare Punkte muss ein modus procedendi gefunden werden, welcher die Mehrzahl der Betheiligten zu gemeinschaftlichem systematischem Vorgehen vereinigt; Beide, Staat und Private, haben sich einstweilen an der unteren Grenze des Erreichbaren zu halten und die Ausführung ist durch die Behörden in jeder Weise, namentlich finanziell, zu unterstützen. Die Entwürfe der Dreier-Commission, nach dem «juridischen Object» geordnet, lassen sich schematisch in zwei Tabellen zusammenfassen, von denen die erste das Verhalten des Kranken und seiner Angehörigen ordnet. Die Kranken werden thunlichst isolirt und ist die Evacuation in ein Spital, bei Gefahr für jugendliche Hausgenossen, empfehlenswerth, bei Gefahr für weitere Kreise (Schulen etc.) obligatorisch; der Spitaltransport geschieht unentgeltlich in der «Diphtherie-Droschke». Die Genesenen treten erst nach gründlicher Reinigung in den Verkehr; für Lehrpersonal und Schüler ist eine Carenz von 10 Tagen nach Verschwinden der Krankheit obligatorisch. Die Gestorbenen sollen durch Angehörige etc. nicht besichtigt werden, resp. vom Spital aus bestattet werden. Die Pfleger verkehren möglichst wenig mit den Haushaltungsangehörigen und gar nicht mit dem Publicum, wechseln beim Verlassen des Krankenzimmers die Oberkleider und waschen die Hände. Die Aerzte haben peinlichst Sorge zu tragen, dass sie selbst nicht (durch Hände, Instrumente, Kleider etc.) die Krankheit verschleppen. Die (gesunden) Haushaltungsangehörigen sollen vom Arzte controllirt (Racheninspection) und zu Gurgelungen, unter Umständen zu Schutzimpfungen angehalten werden; die Auslogirung von Kindern ist räthlich, wenn keine Verschleppung zu befürchten. Den Schülern und Lehrern (resp. Pfarrern etc.) die selbst nicht erkrankt sind, in deren Haushaltung aber Diphtherie vorgekommen ist, wird der Besuch von Kindern unter 11 Jahren auf 14 Tage vom Beginn des Krankheitsfalles, event. auf 5 Tage vom Beginn der Trennung an, verboten. Der Besuch mittlerer und oberer Schulen ist freigegeben, wenn genügende Isolirung der Kranken vorhanden. — Tab. II handelt von der Beseitigung des Infectionsstoffes, die, da sie mit vielen persönlichen und sachlichen Nebenumständen zu rechnen hat, sich meist darauf beschränken muss, das Gift schnellstens aus der Nähe der Empfänglichen zu entfernen und unter Bedingungen zu versetzen, wo es voraussichtlich keinen Schaden stiftet. Leider ist selbst dieses Postulat einer Desinfection (in dem einfach hygienischen Sinne) nicht immer ganz zu erfüllen! Von einander zu unterscheiden sind die Massregeln während und nach der Krankheit, da die ersteren ausschliesslich der privaten, die letzteren eventuell amtlicher Thätigkeit unterliegen. Für private Desinfectionen glaubt die Dreier-Commis-



sion weder complicirte und gefährliche, noch übelriechende oder kostspielige Methoden vorschlagen zu müssen und legt das Hauptgewicht auf mechanische Proceduren, resp. Schmierseifelösungen. Die amtlichen Desinfectionen sind nur für Todesfälle obligatorisch zu machen, können aber auch, wenn es von der Familie oder dem Arzte gewünscht wird, bei den güstig verlaufenden Erkrankungen ausgeführt werden und müssen stets unentgeltlich sein. Als Massregeln der Beseitigung des Ansteckungsstoffes während der Krankheit empfiehlt die Commission: 24-stündiges Eintauchen der benutzten Leib- und Bettwäsche in Seifelösung, worauf sie ausgespült und bis zur entgiltigen Desinfection feucht aufbewahrt wird; rasche Entfernung aller Entleerungen in den Abort mit Nachspülen; separates Geräth für den Kranken und Vernichtung seiner Speisereste; täglich feuchte Reinigung des Fussbodens, event. mit Seifelösung; tägliche Beseitigung des Staubes auf den Möbeln etc. mit separaten feuchten Tüchern. Die Massregeln nach Ablauf der Krankheit sind, wo nicht amtliche Intervention obligatorisch oder erwünscht ist, folgende: für Wäsche wie oben; für wollene Sachen feuchtes Abreiben, Klopfen, Lüften, Sonnen oder Waschen, event. Desinfectionsanstalt; für Fenstervorhänge und den Inhalt von Schränken und Schiebladen mechanische Reinigung; für Betten, Tische, Stühle und Fussböden heisse Seifelösung; für die übrigen Möbel und Gegenständen feuchte Abreibung; für Spielsachen, Bilderbücher etc. Verbrennen; für die Zimmerwandung mindestens auf 2 Meter Höhe Abreibung der Tapeten mit frischem Schwarzbrot oder Schwamm, Abwaschung von Holz und Oelanstrich mit warmer Seifelösung, Erneuerung der Leimfarbe bei Kalkanstrich; für alles Scheuermaterial Unschädlichmachung.

Schliesslich machte das dritte Mitglied der Commission, Dr. Lotz, nach statistische Mittheilungen über die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an Diphtherie für die Jahre 1876—1896, aus denen hervorgeht, dass die Krankheit in letzter Zeit ungewöhnlich häufig ist, die letalen Ausgänge aber nicht im gleichen Masse zugenommen haben.

Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. J. Stilling (Strassburg): Grundzüge der Augenheilkunde. Mit einer Farbentafel und 118 Figuren in Holzschnitt. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. 1897.

Prof. Dr. Fr. Hosch (Basel): Grundriss der Augenheilkunde. Mit 82 Holzschnitten. Ebenda. 1897.

Obwohl es an guten Lehrbüchern der Augenheilkunde gewiss nicht mangelt, seien hier doch zwei neue Werke dieser Art empfohlen, welche sich den bisherigen würdig an die Seite stellen.

Stilling bietet ein durchaus brauchbares Lehrbuch, das sich durch Uebersichtlichkeit und Klarheit auszeichnet. Die Anordnung des Stoffes ist die in solchen Büchern übliche. Nach zwei einleitenden Capiteln: einem anatomischen und einem physiologisch resp. physiologisch optischen; sowie einem dritten über die Untersuchung des Auges, werden die Augenkrankheiten in der gewöhnlichen Reihenfolge abgehandelt; ein Schlusscapitel ist den Augenoperationen gewidmet. Besonders hervorzuheben sind die Abschnitte über die Augenbewegungen und über den Farbensinn und seine Störungen; die soeben gerühmten Vorzüge des Buches kommen hier besonders zur Geltung. Sehr gut bearbeitet sind auch die Refractionsanomalien, unter ihnen besonders die Myopie. Wenn die Darstellung manchmal auch zu apodictisch und subjectiv ist, so gewinnt sie dadurch doch an Frische und Originalität. Der Text ist vielfach durch wohlgelungene Abbildungen und Schemata illustrirt.

Das Buch von Hosch hält sich nach Umfang und Eintheilung im Rahmen eines Compendiums; als solches wird es, besonders Studirenden, gewiss gute Dienste leisten. Beachtenswerth ist, dass in einem kurzen Abschnitt u. A. auch die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu den Augenkrankheiten berücksichtigt sind; Beziehungen, die jetzt besonders viel discutirt werden, trotz ihrer praktischen Wichtigkeit aber bisher in den Lehrbüchern nicht den ihnen gebührenden Platz gefunden haben. Praktisch ist auch die anhangsweise gegebene Anleitung zur Bestimmung der Erwerbsfähigkeit nach Augenverletzungen. Die Illustrirung des Buches ist reichhaltig und gut, wie auch überhaupt die Ausstattung der beiden hier besprochenen Werke nichts zu wünschen übrig lässt.

Blessig.

Protokolle des IX. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

in Pernau.
4.—6. Juni 1897.

Fünfte Sitzung.

(Schluss).

2. Bericht der auf dem vorigjährigen Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Fürsorge für Geisteskranke auf dem Lande, sowie der Ausbildung eines für die Privatpraxis geeigneten Wartepersonals.

Dr. Behr-Riga. Meine Herren! Auf dem letzten Livländischen Aerztetage in Wenden war die Frage aufgeworfen, wie die Geisteskranken, welche in den Collegien der allgemeinen Fürsorge und in den bestehenden Irrenanstalten keine Aufnahme finden, zu behandeln wären. Es wurde damals die Ansicht ausgesprochen, man müsse mit dem Dogma brechen acute Geisteskranke wären nur in einer geschlossenen Anstalt zu behandeln, sondern man müsse in dringenden Fällen die Anstaltsbehandlung durch die häusliche ersetzen. Gegen die häusliche Behandlung Geisteskranker wurden von competenter Seite Einwände laut, deren Berechtigung ohne weiteres zuzugestehen. Einmal hiess es, die Aerzte wären nicht gründlich psychiatrisch vorgebildet um die Behandlung zu leiten, zweitens liesse sich nur in der Anstalt der zur Behandlung Geisteskranker unumgänglich nothwendige Apparat an Wartepersonal etc. beschaffen. Wie aber die Verhältnisse bei uns zu Lande liegen, so ist der Arzt in vielen, ja in sehr vielen Fällen vor die Alternative gestellt, entweder den Geisteskranken seinem Schicksal zu überlassen, ihn dem Curpfuscherthum zu überantworten, oder ihn schlecht und recht zu behandeln. Eine conditio sine qua non für eine häusliche Behandlung Geisteskranker ist jedoch ein Pflegepersonal, welches den Arzt unterstützt und die Bewachung leistet. Sobald die Möglichkeit vorhanden den Aerzten auf dem Lande und in den kleinen Städten ein Pflegepersonal zur Seite zu stellen, so dürfte die häusliche Behandlung Geisteskranker den Aerzten in keiner Weise wesentliche Schwierigkeiten bereiten. Der Livländische Aerztetag erwählte eine Commission, welche sich mit der Frage der Heranbildung eines Pflegepersonales zum Zwecke der häuslichen Behandlung Geisteskranker beschäftigen sollte und ich erlaube mir im Namen dieser Commission die Ergebnisse ihrer Arbeiten vorzulegen.

Die Commission war der Ansicht die Ritterschaften Kurlands und Livlands von ihren Absichten zu verständigen und um eine materielle Unterstützung zur Ausbildung eines Pflegepersonales nachzusuchen. Die Petition hatte folgenden Wortlaut: «Eine der brennendsten Fragen, die unsere Heimath beschäftigen ist zweifellos die Fürsorge für Geisteskranke. Obwohl diese Angelegenheit seit Jahren immer wieder zur Sprache gelangt, obwohl von berufener Seite die Nothwendigkeit einer zweckmässigen Verpflegung Geisteskranker längst anerkannt worden, ist diese Frage immer noch ungelöst und harrt der Entscheidung. Nach wie vor bildet die Unterbringung Geisteskranker bei uns zu Lande eine der schwierigsten Aufgaben. Die Collegien der allgemeinen Fürsorge in Livland und Kurland sind aus äusseren Gründen nicht im Stande auch nur einigermassen für die Geisteskranken bäuerlicher Herkunft zu sorgen, sie sind nur zu oft gezwungen die Aufnahme derselben zu verweigern. Dazu kommt, dass die Zahl der Geisteskranken bäuerlicher Herkunft unzweifelhaft zunimmt. Die Entwickelung der Industrie in den Städten, das Sinken der Brotpreise. die Deterioriation der Landwirthschaft treibt eine grosse Zahl ländlicher Arbeiten in die Städte, wo viele derselben unter der Noth des Lebens zusammenbrechen und geistig erkranken. In den Anstalten finden die Kranken, wie schon erwähnt keine Aufnahme. Die Aerzte erklären es für unmöglich die Kranken ausserhalb der Anstalten zu behandeln. Die Landgemeinden wissen mit denselben nichts anzufangen und es darf nicht Wunder nehmen, dass aus diesem Grunde viele heilbare und arbeitsfähige Individuen dauerndem Siechthum und Elend verfallen, und eine stete Gefahr für sich und ihre Umgebung bilden. Die Ergebnisse der Statistik lehren, dass die Heilung Geisteskranker um so eher zu erwarten, je schneller ihnen die Hilfe zu theil wird. Da bei uns zu Lande nur ein Bruchtheil der Geisteskranken überhaupt behandelt wird, so ergiebt es sich von selbst, dass eine unverhältnissmässig grosse Zahl von heilbaren Geisteskranken, aus Mangel an Fürsorge zu Grunde geht und den Gemeinden zur Last liegt. Um diesen Missständen abzuhelfen, vor Allem um die heilbaren Geisteskranken zu retten, um die Gemeinden vor Ausgaben, die Gesellschaft vor der Zunahme arbeitsunfähiger Individuen zu bewahren, so muss man die Anschauung, acute Geisteskrankheiten wären nur in einer geschlossenen Anstalt zu behandeln fallen lassen und versuchen auf einem

anderen Wege diesem socialen Uebel zu begegnen. Die Fortschritte der Irrenpflege insonderheit, die consequente Ausbildung der Bettbehandlung beweisen, dass acute Geistesstörungen unter gewissen Bedingungen erfolgreich zu Hause und in den Krankenanstalten behandelt werden können. Es sei hierbei auf die Broschüre des Herrn Dr. Behr (cf. St. Petersburger med. Wochenschrift № 44, 1896) verwiesen. Die Hauptschwierigkeit bei der Behandlung Geisteskranker liegt in der Beschaffung des Pflegepersonals. Wo in der Welt findet der Arzt ein Pflegepersonal, welches den Ansprüchen genügt, die die moderne Wissenschaft als wünschenswerth bezeichnet. Ein Pflegepersonal sich selbst heranzubilden, dazu fehlt es den meisten Aerzten an Zeit und Gelegenheit. Das Wartepersonal welches aus unseren Anstalten stammt, ist für die häusliche Behandlung Geisteskranker ungeeignet, da es an zu grosse Bevormundung gewöhnt ist und der Selbstständigkeit ermangelt, welche für die häusliche Pflege Geisteskranker unumgänglich Noth thut. Um nun trotzdem die häusliche Behandlung von Geisteskranken den Aerzten zu ermöglichen und um dem augenblicklichen Nothstande zu steuern wäre die Ausbildung eines Wartepersonales der einzige Ausweg. Es dürfte sich für den Anfang empfehlen nur weibliche Hilfskräfte auszubilden. Einmal sind weibliche Personen eher gesonnen sich der Krankenpflege zu widmen als Männer, zweitens lässt sich die Ausbildung und Unterhaltung von Frauen bedeutend billiger durchführen als die Ausbildung von Männern. Da das Wartepersonal in erster Reihe der ländlichen Bevölkerung zu Gute kommen sollte, so müsste bei der Auswahl von Personen darauf Rücksicht genommen werden nur solche zur Ausbildung zuzulassen, die das flache Land kennen und die Eigenthümlichkeiten des bäuerlichen Charakters begreifen. Die Heranziehung weiblicher Kräfte zur Pflege männlicher Personen dürfte sich auf dem Lande durchaus empfehlen, da in den einfachen, ländlichen Verhältnissen der Unterschied von Mann und Frau nicht so streng betont wird, wie in der Stadt. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Ausbildung eines Pflegepersonales im innigsten Zusammenhange mit einer Irrenanstalt stehen muss. In der Irrenanstalt wäre es möglich an einem genügend ausreichenden Krankenmateriale die praktische Ausbildung der Pfleger und Pflegerinnen zu vollenden und dieselben durch den Unterricht mit den Haupterscheinungen der Geisteskrankheiten bekannt zu machen. Die Anstalt Rothenberg wäre zur Begründung eines derartigen Institutes vorläufig die geeignetste Institution da dieselbe die Bedürfnisse unseres Landes am besten kennt. Herr Director Tiling hat sich bereit erklärt den Unterricht des auszubildenden Pflegepersonals selbst zu leiten und die Ausbildung zu überwachen. Es würde genügen etwa 5 Personen auszubilden. Die Dauer der Ausbildung ist auf 5—6 Monaten geschätzt und zwar derart, dass die Pflegerin 3 Monate in der Anstalt den Dienst erlernen sollte, um alsdann versuchsweise in der häuslichen Pflege unter steter Oberaufsicht der Anstaltsärzte etwa 2 Monate thätig zu sein. Nach dieser Frist sollten dieselben noch einen Monat in der Anstalt verbringen, um jetzt die eigne Erfahrung und das Wissen zu vergleichen. Auf diesem Wege wäre es möglich in kurzer Zeit ein brauchbares Pflegepersonal zu erziehen. Die Anstalt Rothenberg müsste sowohl mit den entlassenen, als auch mit den thätigen Pflegerinnen, in einem steten Verhältniss bleiben und die Centralstelle bilden, von welcher aus die Aerzte jederzeit verständige und tüchtige Kräfte zur Verfügung erhielten.

Der livländische Aerztetag wendet sich an die Ritterschaften Kurlands und Livlands mit dem ergebensten Gesuch, die Ausbildung von Pflegekräften zu fördern und jährlich zu subventioniren.

Das Geld soll dazu dienen, die Pflegerinnen zu unterstützen und zu ermöglichen mittellose Geisteskranke bäuerlicher Herkunft, die in den Collegien der allgemeinen Fürsorge abgewiesen werden zu Hause unentgeltlich zu verpflegen. Handelt es sich um die Pflege Geisteskranker, die eine Zahlung leisten können, so soll selbstredend die Zahlung erhoben werden und zwar zum Besten des Pflegepersonales. Um den Aufenthalt der Wärterinnen in der Anstalt Rothenberg kostenfrei zu gestatten, beabsichtigt der Livländische Aerztetag sich an die Stadt Riga mit einem diesbezüglichen Gesuch zu wenden.

Weiter ersucht der Livländische Aerztetag die Ritterschaften Kurlands und Livlands um eine einmalige Subvention von 30—50 Rbl. zur Herausgabe eines kurzen Handbuches zur Belehrung des Wartepersonales in den landesüblichen Sprachen und zur Druckstellung von kurzen Anweisungen für die Angehörigen von Kranken über die Massnahmen die bei dem Ausbruche einer geistigen Erkrankung anzuwenden sind.

Der Livländische Aerztetag ist keineswegs der Ansicht, dass auf diesem Wege die Frage der Irrenfürsorge endgiltig zu lösen, im Gegentheil er ist sich durchaus bewusst, dass diese Lösung nur durch den Bau von Anstalten zu erreichen. So lange aber Anstalten nicht erbaut werden, so darf man hoffen, mit Hilfe geschulter Pflegekräfte, den Aerzten auf dem Lande die Behandlung Geisteskranker zu ermöglichen und auf diese Weise, viele arbeitsfähige Individuen zu erhalten.

Der Livländische Aerztetag bittet die Ritterschaften Kurlands und Livlands die Frage der häuslichen Behandlung Geisteskranker zu erwägen und seine diesbezüglichen Bestrebungen zu unterstützen.

Wenn einmal die Irrenfürsorge hier zu Lande durch den Bau von Anstalten geordnet sein sollte, so wäre die Ausbildung eines Pflegepersonales auf keinen Fall unnütz gewesen, da alsdann die neu zu erbauende Anstalt von vornherein über einen Stamm geschulter Wärterinnen zu verfügen hätte».

Auf diese Eingabe erfolgten folgende Anworten:

a) Von dem Kurländischen Ritterschafts-Comité.
Mitau — Ritterhaus d. 8. April 1897.
№ 245.

Bezugnehmend auf die von Ew. Wohlgeboren Namens des Livländischen Aerztetages im Herbste v. J. an den hiesigen Landtag gerichteten Gesuches um eine materielle Unterstützung der in Aussicht genommenen Ausbildung von Irren-Pflege-Kräften, hat das Ritterschafs Comité mitzutheilen die Ehre, dass die Kurländische Ritter- und Landschaft für solche Zwecke einen Beitrag von 200 Rbl. jährlich bewilligt hat.

Das Ritterschafts-Comité erbittet eine weitere Mittheilung darüber, wohin dieser in halbjährlichen Postnumerando-Raten gerechnet vom 1. December 1896 ab, zahlbare Betrag gezahlt werden sollte.

b) Von dem Livländischen Landraths-Collegium.
Riga, Ritterhaus d. 23. December 1896.
№ 5428.

Der mit der Zuschrift vom 4. December d. J. dem Livländischen Landrathscollegium zugegangene Antrag auf Subventionirung eines ins Leben zu rufenden Unterrichtscursus für die Pflege von Geisteskranken ist dem letzthin versammelt gewesenen Adelsconvent vorgelegt worden. Der Adelsconvent war nicht abgeneigt das geplante Unternehmen durch die Bewilligung eines jährlichen Beitrages mit etwa 400 Rbl. jährlich, sowie mit einer einmaligen Zahlung von 50 Rbl. aus der Landescasse zu unterstützen, meinte sich aber die endgiltige Beschlussfassung vorbehalten und sie von dem Resultate weiterer Erkundigungen abhängig machen zu müssen. Die genaueren Auskünfte, die dem Adelsconvent erwünscht wären, hätten sich auf eine Erörterung der Frage zu beziehen, ob das betreffende Institut so gedacht ist, dass es dem estnischen sowohl als auch lettischen Theile Livlands, namentlich der bäuerlichen Bevölkerung beider Landestheile zu Gute zu kommen geeignet sein werde; ferner erschien es nothwendig genauere Kenntniss darüber zu erlangen, wie die Aufsicht und Organisation des ausgebildeten und in die Praxis entlassenen Wartepersonals projectirt ist. Ohne eine genauere Orientirung hierüber wäre es der Ritterschaftsrepräsentation schwer, für die etwa zu bewilligende Zahlung die erforderliche Bestätigung bei der Gouvernementsobrigkeit zu erwirken und es beehrt sich demnach das Livländische Landrathscollegium die Gesellschaft livländischer Aerzte um die bezüglichen ergänzenden Auskünfte zu ersuchen.

Die Commission glaubt fürs erste ein Wartepersonal für den lettisch sprechenden Theil Livlands und für Kurland auszubilden. In nächster Zeit soll dann diese Einrichtung auf den estnischen Theil Livlands und auf Estland ausgedehnt werden.

Die Ausbildung für den lettisch sprechenden Theil unserer Heimath will die Anstalt Rothenberg übernehmen. Herr Director Tiling ist bereit den Unterricht selbst zu leiten und die Ausbildung zu überwachen. Was die Ausbildung des Wartepersonals für die estnisch sprechenden Gebiete betrifft, so ist die Commission der Meinung, wenn die Vorarbeiten soweit gediehen sind, mit dem Vorstande der Psychiatrischen Klinik der Universität in Unterhandlung zu treten und wird seinerzeit über diese Verhandlungen berichten.

Um die Ausbildung des Pflegepersonales kostenfrei in der Anstalt Rothenberg zu erwirken wandte sich die Commission mit einer gleichlautenden Eingabe an die Stadt Riga. Die Antwort ist zur Zeit noch nicht erfolgt, es besteht aber kein Zweifel, dass die Stadt Riga dem Aerztetage in seinen Bestrebungen keine Hindernisse in den Weg legen wird.

Meine Herren! Die vorbereitenden Schritte sind somit erledigt und es steht denn nichts weiter im Wege mit der Ausbildung des Wartepersonales zu beginnen. Die Commission ist der Ansicht, dass ihre Thätigkeit durchaus nicht erschöpft, im Gegentheil, dass ihre Arbeit beginnt und sie wendet sich an die Gesellschaft Livländischer Aerzte mit der Bitte dieselbe fernerhin zu bestätigen und ihr zu gestatten im Auftrage des Aerztetages die schwebenden Fragen zu lösen. Die Commission erachtet es als ihre nächste Aufgabe a) ein Buch in den landesüblichen Sprachen zu ediren, welches die Grundlagen der Irrenpflege enthält. b) Geeignete Personen ausfindig zu machen welche die Absicht haben sich der Irrenpflege zu widmen. c) Die Organisation des Pflegedienstes auszuarbeiten



das Verhältniss der Pfleger und Pflegerinnen zur Anstalt Rothenberg etc. . . . . ! Die Commission hält es nicht für opportun alle diese Details hier vorzubringen, da eine Discussion weder förderlich noch nützlich ist und die Geduld der Collegen unnütz beansprucht. Die Commission wiederholt die Bitte ihre Thätigkeit fortsetzen zu dürfen und gedenkt im nächsten Jahre weiteres über ihre Arbeiten zu berichten.

M. H.! Wenn wir einmal so weit gelangt sind, dass wir ein geschultes Pflegepersonal besitzen, so ist die Gründung temporärer Asyle, wie sie seinerzeit Dr. Merklin vorschlug eine nothwendige Consequenz und ohne Schwierigkeiten zu bewerkstelligen. Jeder Arzt, der auf dem Lande in seinem Hospitale Geisteskranke mit Hilfe eines kundigen Personales verpflegt, hat thatsächlich schon ein Asyl begründet. Die Förderung und Durchführung dieses Gedankens soll das Ziel und das Streben unserer weiteren Arbeit bilden.

Discussion.

a) Dr. Truhart. Die Dringlichkeit der Regelung der Fürsorge für die Irren unseres Landes ist bekanntlich nicht nur auf unseren Aerztetagen festgestellt, sie ist auch von den Verwaltungsorganen unserer Provinz vollauerkannt worden. Das Collegium der «allgemeinen Fürsorge» in Livland ist nicht in der Lage für die Geisteskranken bäuerlicher Herkunft Sorge zu tragen, die psychiatrische Klinik in Jurjew hat nicht genügend, erst recht nicht dauernd Raum für chronische Patienten, Rothenberg bei Riga hat in erster Linie für das Contingent unserer Metropole zu sorgen und kommt wegen der Kostspieligkeit für die Landesbevölkerung nicht in Betracht, die Gründung einer analogen Anstalt für das Land ist vom Landtage 1893 abgelehnt worden, an temporären Asylen im Sinne Dr. Merklin's fehlt es gänzlich, an landschen oder städtischen Hospitälern, in welchen auch nur acute Patienten dieser Art zur Noth untergebracht werden könnten, mangelt es bei uns erst recht. Ohne ein eigenes Heim sind die vielen Irren unseres Landes dem Elend preisgegeben, aufsichtslos treiben sie sich in den Gesinden und Dörfern, eine stete Gefahr für ihre Nebenmenschen und ihre Umgebung einher, selbst der Versuch der Aerzte der kleinen Städte und des flachen Landes acute Geisteskranke in deren eigenen Häuslichkeit in ärztliche Obhut zu nehmen, scheitert nicht nur an eigener Erfahrung auf dem Gebiete praktischer Psychiatrie, schon der vollständige Mangel eines andern ständigen Pflegepersonals macht einen solchen unmöglich. Nur mit Freude können wir Aerzte es daher begrüssen, dass dank der Thätigkeit der Commission, dank dem Entgegenkommen unserer Ritterschaften und der Stadt Riga, dank endlich der bereitwilligen Mitarbeit des Herrn Directors der Rothenbergschen Anstalt wenigstens Aussicht vorhanden, allmählich ein geeignetes Wartepersonal erstehen zu sehen, welches im Einzelfalle den Aerzten und vor Allem den armen Kranken in dieser Noth hilfreich zur Seite steht.

b) Dr. Tiling-Rothenberg. Ich bin gern bereit den Versuch der häuslichen Behandlung Geisteskranker zu unterstützen. Ich kann aber nicht umhin zu gestehen, dass die therapeutischen Resultate der häuslichen Verpflegung sich weder voraussehen noch überblicken lassen, da diesen Bestrebungen ein Analogon in der Geschichte der Irrenpflege fehlt.

c) Dr. Truhart. Der Kurländischen und Livländischen Ritterschaft, sowie der Stadt Riga schlage ich vor, den Dank der Gesellschaft livländischer Aerzte schriftlich zu übermitteln und fordere die Gesellschaft auf, sowohl der Commission für ihre Arbeiten, als auch Herrn Director Tiling für seine Bereitwilligkeit zu danken, dass er die Bestrebungen des Livländischen Aerztetages in dieser Richtung unterstützen will. (Die Versammlung giebt durch Scharren ihre Zustimmung kund). Meinerseits möchte ich noch die Bitte hinzufügen, die Commission möge in dem gleichen Bestande und in der gleichen Weise, wie früher ihre Arbeiten fortsetzen.

d) Dr. Sadikoff-Talsen. Ich bitte zu constatiren, dass diese Commission seit dem Bestehen des Livländischen Aerztetages die erste ist, welcher es gelungen ist, praktische Resultate zu erzielen. Wie aus dem Commissionsberichte zu ersehen, ist es doch möglich gewesen die Frage der Irrenfürsorge auch über die Grenzen Livlands hinaus auszudehnen. Ich glaube daher, dass es auch in anderen Fragen sich empfehlen dürfte, den Weg dieser Commission einzuschlagen.

e) Dr. Truhart. Es wäre durchaus ungerechtfertigt, wenn wir das Verdienst der übrigen in anderen Fragen von dem Aerztetage erwählten Commissionen schmälern wollten. Auch sie haben bisher stets in sachentsprechender, gewissenhafter und sorgfältiger Weise die ihnen gestellte Aufgabe erledigt und mit Recht haben wir auch ihnen dafür unseren Dank gezollt. Nicht wie im vorliegenden Fall, nur um eine rein secundäre Frage, wie das Project der Ausbildung von Irrenpflegern es ist, sondern um tiefgreifende und umfassende Sanitätsreformen im ganzen Lande hat es sich bei jenen gehandelt, um Reformen, deren Realisirung ganz unverhältnissmässig höhere Geldopfer von Seiten der steuerzahlenden Körperschaften Livlands beanspruchten. Wenn unsere Landesvertretung jene von den Commissionen und vom Aerztetage sorgfältigst und bis ins Detail ausgearbeiteten Reformpläne zu realisiren sich nicht in der Lage sah, so geschah solches stets trotz voller Anerkennung der Dringlichkeit des bekennzeichneten Nothstandes unter der Motivirung, «dass es bedenklich sei im gegenwärtigen Zeitpunkt hierzu die Initiative zu ergreifen, indem die in Kürze bevorstehende Prästandenreform ganz besonders auf die Regelung des Sanitätswesens von tiefgreifendem Einfluss sein wird». Das Ausbleiben praktischer Resultate können wir daher nicht jenen Commissionen zur Last legen.

Was den Vorschlag des Collegen Sadikoff anlangt, den von der letzten Commission betretenen Weg, auch die Kurländische Ritterschaft heranzuziehen, zu verallgemeinern, birgt meines Erachtens die Gefahr in sich, dass wir, als Livländischer Aerztetag den Competenzenkreis unserer Thätigkeit überschreiten und füglich können wir unserer Livländischen Ritterschaft selbst die Initiative überlassen, in gemeinsamen Interessensphären sich der Mitwirkung auch der Ritterschaften unserer Nachbarprovinzen zu vergewissern.

f) Dr. Behr-Riga. Ich bin gern bereit so viel an mir liegt die Frage der Irrenfürsorge weiter zu bearbeiten und ersuche die Gesellschaft Livländischer Aerzte die Commissionsglieder pr. acclamationem wieder zu wählen.

Es werden gewählt:
1) Dr. Behr-Riga.
2) Dr. Meyer-Dorpat.
3) Dr. Katterfeld-Waldheim.

3. Dr. v. Krüdener hält seinen Vortrag: **«Ueber die operative Behandlung der Trichiasis».**

Es besteht leider die Thatsache, dass die Zahl derjenigen Aerzte, welche sich mit der Ausführung von Lidoperationen befassen, im Vergleiche zu der grossen Masse der Lidkranken eine ungemein geringe ist. Es gilt dieses nicht nur für unsere Provinzen und das ganze Russische Reich, sondern auch im gleichen Maasse für Deutschland, dessen örtliche Gebiete grosse Trachomheerde aufweisen. Der Grund dieser Erscheinung ist einmal durch den Mangel an Operationscursen, welche den Studirenden und Aerzten die Möglichkeit geben eine Reihe von Operationen an Lebenden unter sachverständiger Aufsicht, auszuführen, zu erklären, und zweitens begegnet man noch immer der Ansicht, Lidoperationen wären so subtil, dass sie nur von Specialisten ausgeführt werden müssten. Dazu kommt, dass die Aerzte und Kranken den Dauererfolgen der Trichiasisoperation wenig Vertrauen entgegentragen, weil die Zahl der Patienten, welche nach erfolgter Operation an Recidiven leiden, eine verhältnissmässig grosse ist. Vortragender war drei Sommer hindurch Leiter einer fliegenden Colonne und hatte die Genugthuung, dass 18 praktische Land- und Landschaftsärzte unter seiner Leitung die Operation der Trichiasis nicht nur auszuführen erlernten, sondern auch in ihrem Werthe zu schätzen. Vortragender schildert das Krankheitsbild der Trichiasis, erwähnt die verschiedenen Operationsmethoden und geht sodann auf eine Besprechung der von ihm und seinen Assistenten operirten 855 Fälle über. Redner bevorzugt von allen angewandten Methoden, die Schleimhauttransplantation. In Betreff der Details vergleiche man die genaue Mittheilung, die demnächst im Centralbl. f. Augenheilkunde erscheinen soll. (Autoreferat).

Discussion.

a) Dr. Truhart. Die von meinem verehrten Vorredner angeführte neuerdings, wenn ich nicht irre zu Anfang dieses Jahres publicirte, Machex'sche Transplantationsmethode bei der Plastik des Lidrandes habe ich in 7 Fällen bisher Gelegenheit gehabt in Anwendung zu ziehen; sie bietet, da die Plastik nur auf Verschiebung der auf der Basis mit dem Mutterboden in Continuität bleibenden Lidhautlappens beruht in geeigneten Fällen zweifellos manche Vortheile vor anderen Methoden und lässt sich daher als solche empfehlen.

4. Die von Seiten des Präses an die Versammlung gerichtete Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf. § 23) gewünscht werde, wird einstimmig verneint.

5. Nachdem der Präses den Vortragenden und den Theilnehmern für das Interesse, das sie den Verhandlungen des Aerztetages entgegengebracht, gedankt, wird der Aerztetag statutengemäss durch den örtlichen Herrn Kreisarzt Dr. med. E. Behse geschlossen.

Anmerkung des Secretärs.

In Folge unvorhergesehener Umstände konnte das Programm der diesjährigen Versammlung der Gesellschaft Livländischer Aerzte nicht in der vorgezeichneten Weise erledigt werden. Es mussten daher eine Reihe von angemeldeten Vorträgen ausfallen resp. zurückgestellt werden.

d. Z. Secretär Dr. med. A. Behr.

Vermischtes.

— Zum stellvertretenden Stadtarzt von Hasenpoth (Kurland) ist der freipraktisirende Arzt Dr. Julius v. Haller ernannt worden.

— Der Prosectorgehülfe beim Lehrstuhl der pathologischen Anatomie Dr. W. Kedrowski ist zum Privatdocenten der med. Bacteriologie ernannt worden. (Now. Dnja — Wr.)

— Der langjährige verdienstvolle Präsident der Gesellschaft der Aerzte in Wien, Professor v. Dittel ist mit Rücksicht auf sein hohes Alter von diesem Amte zurückgetreten. Die Gesellschaft ehrte ihn mit der Wahl zum Ehrenpräsidenten. Zu seinem Nachfolger wurde Prof. Chrobak (Gynäkologe) und zum Vicepräsidenten Prof. S. Exner (Physiologe) gewählt.

Die Berliner Academie der Wissenschaften, welche seit Alters her nur wenige Mediciner zu ihren Mitgliedern zählte, hat, wie die «Allg. m. C.-Ztg.» meldet, neuerdings ausser Prof. V. Hensen (cfr. die vorige Nr.) noch die bekannten Physiologen Prof. Fick (Würzburg), Prof. C. v. Voit (München) und Prof. W. Kühne (Heidelberg) zu correspondirenden Mitgliedern ernannt

— Verstorben: 1) In Wilna der Senior der dortigen Aerzte Dr. Julian Tizius im Alter von 78 Jahren. Der Verstorbene war einer der wenigen noch lebenden Schüler der ehemaligen Wilnaschen medico-chirurgischen Academie, welche er i. J. 1840 absolvirte. Behufs weiterer Vervollkommnung setzte er seine Studien im Auslande fort und beschäftigte sich zu Anfang der 50-er Jahre speciell mit der Chirurgie bei Prof. Pirogow. der damals an der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg wirkte. 2) In Moskau Dr. Constantin Szwykowski im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Wilna und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1850—55 studirte. Nach Erlangung der Arztwürde i. J. 1859 trat er sein Erbgut Bieniza im Kreise Oschmjani (Gouv. Wilna) an, wo er zugleich die ärztliche Praxis bis zu seinem Lebensende ausübte. 3) Der Landarzt im Flecken Beresino (Gouv. Minsk) Michael Welitschkin im 37. Lebensjahre an Blutvergiftung in Folge von Infection bei einer Embryotomie. Er hat seine Wittwe mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. 4) In Ilten (Hannover) der Besitzer und Director einer privaten Irrenheil- und Pflegeanstalt, Geh. Sanitätsrath Dr. Ferd. Fahrendorff. Der Verstorbene, welcher seit 1850 die Praxis ausübte, hat sich namentlich durch Einführung der Beschäftigung der Irren in der Landwirthschaft (Colonial- und Familialsystem) in Deutschland ein grosses Verdienst erworben.

— Prof. extraord. Dr. Gottlieb, dem der durch den Tod Prof. v. Schroeder's erledigte Lehrstuhl der Pharmakologie provisorisch übertragen war, ist definitiv zum Nachfolger des verst. Schroeder ernannt worden.

— Wie die «Nordl. Ztg.» dem «Rishsk. Westn.» entnimmt, ist im Justizministerium vor Kurzem folgende Sache verhandelt worden: Im Leprosorium zu Erwahlen (Kurland) hatten mehrere Lepröse nach vorheriger Verabredung den Anstaltsarzt überfallen und ihn durchgeprügelt. Es wurde darüber ein Protokoll aufgenommen und die Sache dem Libauschen Bezirksgericht übergeben. In der Erwägung, dass 8 Aussätzige als Angeschuldigte, sowie 12 Aussätzige als Zeugen hätten citirt werden müssen, dass alle diese Leute über 24 Stunden hätten unterwegs sein müssen, während nirgends, auch im Gerichtslocal nicht. Räumlichkeiten zur Isolirung dieser Kranken vorhanden seien, übergab das genannte Bezirksgericht diesen in der Praxis noch nicht dagewesenen Fall den höheren Justizinstanzen zur Entscheidung. Letztere sollen nun beschlossen haben, das Verfahren in dieser Sache zu sistiren und die Schuldigen auf administrativem Wege zu bestrafen. Dabei ist auch der Umstand berücksichtigt worden, dass im Falle einer Verurtheilung der Schuldigen das Urtheil nicht gut hätte executirt werden können. da die Unterbringung der Leprösen im Gefängniss natürlich mit grossen Schwierigkeiten verbunden gewesen wäre.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat dem ehemaligen Feldscher des hiesigen städtischen Alexanderhospitals A. S. Ssopatschinski. welcher im Alter von 40 Jahren ungeachtet seiner geringen Mittel und seiner anstrengenden Berufsthätigkeit vor Kurzem das Gymnasial-Reifezeugniss sich erworben hat und sich dem Studium der Medicin an der Universität Jurjew (Dorpat) zu widmen beabsichtigt, nicht allein die ihm für 13-jährigen Dienst zustehende einmalige Geldbelohnung von 105 Rbl. bewilligt, sondern auch ein Jahresstipendium von 300 Rbl. für die Zeit seines Studiums ausgesetzt.

— In Augsburg ist den Aerzten der Verkehr mittelst Fahrrades in sämmtlichen Strassen der Stadt freigegeben. Statt der Fahrrad-Nummer führen die Aerzte eine gleichgrosse Tafel mit rothem Kreuz in weissem Felde, so dass sie nicht nur den Polizeiorganen, sondern auch dem Publikum von Weitem erkennbar sind — ein Vortheil. der sich bei Unglücksfällen schon wiederholt bewährt hat.

— Der vor Kurzem in Wjatka verstorbene Bergingenieur Tutschemski hat von seinem 343,000 Rbl. betragenden Vermögen 140,000 Rbl. zur Gründung von 12 Stipendien für Studirende der militär-medicinischen Academie vermacht.

— Aus dem bacteriologischen Institut der Moskauer Universität sind im Jahre 1897 an Antidiphtherieserum 17,180 Flacons und von anderen Heilserumarten 1520 Flacons abgelassen worden. Die Einnahmen des Instituts betrugen 35,051 Rbl. 69 Kop. und die Ausgaben 34,464 Rbl. 78 Kop. An dem Cursus der Bacteriologie betheiligten sich 23 Personen.

— Die Arbeiten in dem Stolypin'schen Mineralbade welches, wie wir bereits gemeldet, in die Hände von Herrn Lojowski übergegangen ist und vollständig renovirt, sowie allen modernen Errungenschaften der Balneologie entsprechend eingerichtet wird, sind nach dem «Herold» bereits soweit vorgeschritten, dass die Saison am 20. Mai eröffnet werden kann. Das Curhaus, der Garten, das Theater und die Pavillons sollen elektrisch beleuchtet und der Verkehr mit der Dampferstation Balakowo an der Wolga, sowie der Station Jerschow der Rjasan-Uralsker Eisenbahn durch eine Dampf-Trambahn vermittelt werden.

— Die Pestepidemie in Indien setzt ungehindert ihren Zug fort. so dass man annehmen kann, dass sie sich wohl über das ganze grosse Land ausbreiten wird. Dabei werden die meisten der bisher geltenden Theorien über den Gang und den Charakter der Krankheit umgestossen. Im vorigen Jahre hatte sich die Pest vorzugsweise an den Küstenplätzen und in deren Nähe eingenistet und es galt als ausgemacht, dass sie nicht ins Innere des Landes dringen werde, zumal sie nach ihrem Erscheinen an einzelnen Binnenplätzen sehr bald erlosch. In diesem Jahre greift sie aber wider Erwarten im Norden des Landes, in der Provinz Punjab und im Staate Hyderabad. also weit ab vom Meere, um sich. Eine andere Annahme, nähmlich, dass trockener Grund und heisses Wetter der Ausbreitung der Krankheit nicht ungünstig seien, erscheint hiermit ebenfalls als anfechtbar, denn die beiden erwähnten Gegenden sind sehr trocken und trotz der rasch zunehmenden Hitze breitet sich die Epidemie daselbst täglich weiter aus. In Bombay, wo die Pest im September 1896 auftrat und im Mai 1897 fast ganz erlosch, herrscht sie seit dem August 1897 wieder mit grosser Heftigkeit, so dass gegenwärtig 200—250 Erkrankungen täglich vorkommen und noch keine Abnahme der Epidemie sich bemerkbar macht, trotz der ausserordentlichen Anstrengungen, die zur Eindämmung der Krankheit gemacht werden. Vom September 1896 bis Mai 1897 raffte die Pest in Bombay ca. 20,000 Menschen dahin, vom September 1897 bis heute fast ebensoviel; es wird daher die diesjährige Ziffer der Verstorbenen. selbst wenn die Epidemie von jetzt an abnehmen sollte, die vorigjährige Ziffer bedeutend übertreffen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. März d. J. 8511 (187 wen. als in d. Vorw.), darunter 896 Typhus — (27 mehr), 857 Syphilis — (33 wen.), 143 Scharlach — (15 wen.), 171 Diphtherie — (5 mehr), 59 Masern — (4 mehr), und 64 Pockenkranke — (9 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. März 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
417	332	749	153	52	107	18	13	29	87	70	58	50	64	30	13	5

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 8, Masern 6, Scharlach 14, Diphtherie 20. Croup 5, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 7, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 1. Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11. Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 37, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 72. Todtgeborene 37.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 31. März 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. April 1898.



Saison 1. Mai—1. Oct. **Bad Nauheim** Frequenz 17847

bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, reine Luft. Ausgezeichnet durch die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badesprudel** (30—34° C.), ermöglicht mehr, als irgend ein anderer Badeort die Anwendung der verschiedenartigsten Bäderformen von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden kohlensäurereichen Thermalsoolbädern**, die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Einzig in ihrer Art, sind die naturwarmen, ungemein kohlensäurereichen Sprudelstrombäder. Sonstige Kurmittel: **Zwei salinische** und **eine alkalische Trinkquelle, Milch- und Molkenkur, Douchebäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institute für schwedische Heilgymnastik** und **Massage, Medico-mechanisches Zander-Institut, Traubenkur, Terrainkur etc.** Zur Behandlung kommen vorzugsweise **Krankheiten des Rückenmarkes** (spec. Tabes) und **der peripheren Nerven, Rheumatismen, Gicht, Frauenkrankheiten** (besonders Exsudate), **Scrophulose, chronische Katarrhe** und als **Specialität: Herzkrankheiten resp. Kreislaufstörungen.**

Unterhaltungen: grosser, schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert- und Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 40 Musiker starke Kurkapelle, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See, Lawn-Tennis etc. In nächster Nähe ausgedehnte Waldungen mit zahlreichen neu angelegten Wegen. Die Stadt ist jetzt vollständig kanalisirt und mit Klärbeckenanlage versehen. Ein neues Wasserwerk liefert gesundes Trinkwasser in alle Häuser (Wasserspülung). Kurhaus, Anlagen und einzelne Theile der Stadt sind electrisch beleuchtet. Jede Auskunft ertheilt gerne:

(43) 2—1 Der Vorstand des Kur- und Verschönerungsvereins: **August Wagner.**

SEE-BAD

HUNGERBURG

bei Narva, baltische Eisenbahn. 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher breiter Strand 5 Werst lang, 5□ Werst Fichtenwald. Absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik, Lawn-Tennisplätze, Parkanlagen. Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwässer. Apotheker-Magazin. Orthodoxe Kirche. Vorzüglich eingerichtete **Wasserheilanstalt** Wannen-, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder. Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen mit Abkühlung bis zu 4° R. Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer und statischer Elektricität, bipolare elektrische Bäder, Suspensionsbehandlung. Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Nähere Auskünfte ertheilen Herr Apotheker **Abrahamson**, Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug**. Wosskressensky Prosp. № 17 Q. 23, St. Petersburg. Montag, Mittwoch und Freitag 7—9 Uhr Abend's.

E. MERCK's Präparate

sind durch die Grossdrogenhäuser Russlands in Originalpackung zu beziehen oder direct aus der Fabrik.

Fabrik-Kontor in Moskau: Soljanka, Haus Rastorgujeff № 17.

Lager in Kischinew, bei dem Vertreter, Herrn Isaac Grünfeld, für die Gouvernements Bessarabien, Cherson, Taurien, Jekaterinoslaw, Dongebiet.

Vertreter für Kiew, Podolien, Tschernigow: Herr A. Trepte, Kiew.

Vertreter für Warschau: Herr Michal Lande, Warschau.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT

Quellen Choussy Perière.

Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.

Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.

Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

ARENSBURG. Insel Oesel.

„Neue Heil- und Schlammbadeanstalt".

Gegründet 1883.

Saison 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte ertheilen die Aerzte der Anstalt Victor Schultz, St. Petersburg, Was. Ostr. 9. Linie 32 (vom 20. Mai ab Arensburg, Licentstrasse 23). (45) 4—1. G. Carstens und A. von Sass in Arensburg.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

PASTILLES VICHY-ÉTAT

aux Sels Naturels extraits des Eaux

Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

aux Sels Naturels extraits des Eaux

pour fabriquer

L'EAU ALCALINE GAZEUSE

Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg.

Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Sanarelli, G., Etiologia e patogenesi della febbre gialla. Mit 12 Tabelen. 1897. Rbl. 3.50.

Smith, N., Spinal caries 2d edition. 1897, Rbl. 3.09.

Strümpell, A., Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt aus. II. Aufl. 1898, Rbl. 0.35.

Schauta, Fr., Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. II. Aufl. 2. Theil. Mit 377 Abbild. 1898, Rbl. 13.75.

Довв. цевз. Спб. 28 Марта 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St.Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 4. (16.) April 1898

Ueber die Indicationen beim Gebrauche des Neuenahrer-Sprudels.

Von

Dr. Wilh. Niessen.

Prakt. Arzt in Bad-Neuenahr.

(Nach einem Vortrage gehalten auf der vereinigten Versammlung der ärztlichen Vereine der Regierungsbezirke Coeln und Coblenz).

Da in den letzten Jahren in Neuenahr die Zahl unserer Gäste aus Russland ständig zunimmt, dürfte es wohl am Platze sein in der vorliegenden Zeitschrift in kurzen Zügen die Frage zu beantworten: Welche Kranken sind es, die man zur Heilung resp. Besserung ihres Leidens an unsere Quellen senden kann? Es liegt mir dabei fern eine grösstmögliche Anzahl von Krankheiten zu nennen, bei deren Behandlung man glaubt einen Erfolg gehabt zu haben, oder wohl auch erzielt hat; ich werde nur diejenigen erwähnen, die dazu geführt haben, dass der Ruf Neuenahrs in der medicinischen Welt gesichert dasteht, wenn auch nicht behauptet werden kann, dass ihm von allen Seiten die verdiente Achtung und Anerkennung gezollt wird. Wenn man bedenkt, dass wir im Jahre 1858 mit 96 Curgästen anfingen, im Jahre 1862 schon 727 Gäste mit 9048 Bädern zählten, welche Zahl alsdann mit geringen Schwankungen 1872 auf 2009 Kranken mit 16420 Bädern stieg, um alsdann ständig zuzunehmen, sodass wir im Jahre 1896 die stattliche Anzahl von 5227 Curgästen bei uns begrüssen konnten, an welche 27260 Bäder abgegeben wurden, so sprechen diese Thatsachen ohne Commentar.

Die Gründe, die anscheinend als massgebend angesehen werden müssen, dass die Zunahme nicht eine noch grössere ist, will ich nicht alle näher erläutern, ich greife nur einen Grund heraus, der nach meiner langjährigen Erfahrung in vielen Fällen von einer Anzahl Collegen gegen Neuenahr geltend gemacht wird.

Sehr häufig erzählen die Kranken bei den Consultationen, dass ihr Arzt ihnen die Wahl freigestellt habe, entweder nach Carlsbad oder nach Neuenahr zu gehen und dass als einziger Unterscheidungsgrund angeführt wurde: «Neuenahr ist aber schwächer als Carlsbad».

Die Meinung, dass Neuenahr schwächer als Carlsbad sei, die Meinung, dass die in den Carlsbader Wassern enthaltenen Bestandtheile auch in dem Neuenahrer Sprudel als die wirksamen Agentien enthalten sind und dadurch die Wirkung des Letzteren in manchen Erkrankungen zu suchen sei, wie es wenigstens von den Kranken verstanden wird, ist ein Irrthum.

Neuenahr rivalisirt nicht mit Carlsbad, weil es gleiche Bestandtheile, wenn auch in geringerer Menge führt als die Carlsbader Quellen, sondern, weil die Erfolge mit dem Neuenahrer-Sprudel, einem Wasser, welches einer ganz andern Categorie angehört, den Erfolgen, die Carlsbad seinen bewährten Ruf geschaffen haben, kühn an die Seite gestellt werden können.

Bei Neuenahr ist es das doppeltkohlensaure Natron, welches ihm den Charakter einer alkalischen Therme giebt, während Carlsbad bei seinem grossen Gehalte an Natrium sulfur. zu den alkalisch-salinischen Quellen zu rechnen ist.

Was diesen Quellen allerdings gemeinsam ist, das ist die Anwendungsweise. Wir haben eine Trinkcur, eine Badecur, wir versuchen durch Einathmen von zerstäubtem Wasser auf verschiedene Krankheiten zu wirken, wozu in neuerer Zeit eine weitere Anwendungsweise, die hypodermatische hinzukommt.

Ich bin nun leider vorläufig nicht im Stande auf eingehende Fragen nach der Wirkungsweise dieser einzelnen Methoden oder auch in ihrer Combination eine vollauf befriedigende Antwort zu geben. Denn die experimentelle Forschung über die Wirkungsweise der Trink- und Badecur mit Neuenahrer-Sprudel, für welche die Erfahrung die therapeutische Wirksamkeit in zahllosen Fällen erwies, lässt mich im Stiche. Müssen wir uns ja auch sonst häufig am Krankenbette an unsere empirischen Erfahrungen klammern, aus denen wir Rückschlüsse auf die Art der Wirkung ziehen, statt den um-

gekehrten Weg zu gehen, mit dem Experimente die Wirkung klar zu legen und am Krankenbette die Beweise zu erbringen.

Grösser noch sind solche Schwierigkeiten wenn es sich nicht um ein einfaches Medicament handelt, sondern um eine Combination vieler, wie wir sie in den Mineralwässern antreffen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass nicht die Menge der in den einzelnen Mineralwassern enthaltenen Bestandtheile es ist, der wir die Heilwirkung verdanken, sondern dass sich an der Art der Zusammenstellung die Bedingung der Wirkung anknüpft. So gering auch manchmal die Quantität des einen oder andern Salzes scheinbar sein mag, die systematische und längere Zeit durchgeführte Anwendung kann ihm eine besondere Bedeutung verschaffen. Die öfters scherzweise herangezogene schlummernde Nixe dieser oder jener Mineralquelle bedeutet wohl nichts anderes, als dass es bis jetzt noch nicht gelungen ist dem forschenden Geiste klar und offen darzulegen, wo sich Erfahrung und Experiment decken, dass mit andern Worten unsere Untersuchungsmethoden noch nicht soweit fortgeschritten sind, uns Alles das offen zu legen, was im Schoosse der Erde verborgen ist und uns die Natur aus sich bietet. Wenn ich trotzdem dazu übergehe Experiment und Erfahrung zu vergleichen, so bitte ich um gütige Nachsicht, wenn meine Vergleiche an einzelnen Stellen Lücken zeigen, und bitte ich nur den Versuch eines Praktikers darin zu erblicken seine Erfahrungen mit den experimentellen Untersuchungen und Ansichten anderer möglichst in Uebereinstimmung zu bringen.

Schon gleich bei der ersten Indication findet man für das vorhin Gesagte ein beredtes Beispiel. Ich meine die seit Jahrhunderten bekannte Anwendungsweise der alkalischen Thermalquellen bei den

Catarrhen der Respirationsorgane.

Was ausserhalb der Kreise dabei betheiligter Balneologen über die Wirkung der Alkalien bei diesen Erkrankungen gedacht wird, dafür ein Beispiel. Herr Prof. Hoffmann, der dieses Kapitel in der speciellen Pathologie und Therapie von Nothnagel behandelt, schreibt: «Von allen Behandlungsmethoden bei der chronischen Bronchitis ist keine so verbreitet wie eine Brunnencur und sie leistet bei allen mehr chronischen Fällen entschieden das Meiste. Indicationen für den Gebrauch der einzelnen Gruppen werde ich nicht aufstellen, denn nicht die chemischen Bestandtheile sondern die scheinbar nebensächlichen Momente, die Behandlungsmethoden sind in Wahrheit die Hauptsache. Der Aufenthalt in den meist schön gelegenen Curorten mit gesunder Luft, guter Verpflegung, frei von den Sorgen und Verdriesslichkeiten des Lebens, etc. genügt zumeist völlig um die Wirkung solcher Quellen zu erklären. Die Mineralquellen selbst sind wesentlich gleichgültig. Man kann eben in grossen Mengen angenehm diese alkalischen Wasser trinken, sie sagen der menschlichen Natur am Besten zu, viel besser als reines Wasser. In den ausgezeichnetsten Quellen. welche die Kranken besuchen, ist besonders Kochsalz und kohlensaures Natron. Fragt man, was denn diese für die Schleimhaut des Bronchialtractus als Medicament innerlich genommen leisten, so kann man mit grosser Ruhe sagen: gar nichts. Die guten Wirkungen des Kochsalzgehaltes auf die Allgemeinernährung stehen fest und werden sich auch hier geltend machen, von den Wirkungen der Alkalien kann ich nur sagen, dass sie allgemein anerkannt sind. Man kann allerdings darauf rechnen, dass sie mit genügend Wasser getrunken, die Schleimsecretion vermehren, den allzuzähen Schleim verflüssigen».

So ganz kann ich Herrn Professor Hoffmann nicht Recht geben, dass nur die hübsch gelegenen Curorte, das dolce far niente des Badelebens gerade bei Bronchitis an einer alkalischen Thermalquelle die wirksamen Agentien sind, denn ich könnte mit einer ganzen Anzahl von Fällen aufwarten, wo die Patienten aus nicht weniger guten klimatischen, örtlichen und persönlichen Verhältnissen mit langanhaltender Bronchitis die Neuenahrer Quellen aufsuchten und ihre Besserung resp. Heilung sichtlich nur dem Gebrauche unserer alkalischen Thermalquelle zuzuschreiben hatten. Dabei beobachtet man nicht in allen Fällen die gleichen Erscheinungen. Bei einem Theile nur macht sich eine vermehrte und erleichterte Expectoration bemerkbar, während bei andern Kranken eine verminderte Schleimabsonderung in den Vordergrund tritt, eine Erscheinung, die an die Befunde erinnert, welche Professor Rossbach bei seinen thierexperimentellen Studien über die Einwirkung der Alkalien auf die Schleimhaut in den Luftwegen constatiren konnte. Rossbach fand z. B. bei einer Katze, welcher er Dosen von 2,0 kohlensaurem Natron in eine Vene einspritzte, dass Veränderungen auf der Schleimhaut der Trachea auftraten und zwar «ein Blasserwerden und ein eigenthümlich grauweisses Aussehen der Schleimhaut und ein allmählich völliges Versiegen der Schleimabsonderung».

Er stellte nach mehrfachen Versuchen an Katzen für diese den Satz auf:

«Vermehrung der Alkalescenz des Blutes vermindert oder hebt die Schleimabsonderung in der Trachea ganz oder zum Theil auf; und kommt daraus zu dem Schlusse: Wenn sich dieselbe Wirkung für innerliche Beibringung dieser Alkalien auch beim Menschen bestätigen sollte, so würde dies unsere bisherige Anschauung über die Heilwirkung derselben bei Catarrhen ganz umstürzen. Man dürfte dieselben nicht mehr als verflüssigende und expectorirende Mittel, sondern als solche ansehen, durch welche unter vermehrter Alkalescenz des Blutes die Schleimhauthyperämie beseitigt und die gleichzeitig vermehrte Schleimabsonderung herabgesetzt, also Besserung und Heilung der krankhaften Veränderungen selbst, und nicht etwa nur Besserung einiger Symptome bewirkt wird. Es würde dadurch die Bedeutung des Gebrauches alkalischer Quellen bei Krankheiten der Athmungsorgane, nachdem sie praktisch lange schon erprobt ist auch in theoretischer Hinsicht gehoben».

Erwähnen möchte ich noch die schon vor längerer Zeit von Virchow gemachte Beobachtung, dass sehr verdünnte Lösungen von Alkalien die erloschene und unterdrückte Flimmerbewegung wieder anregen können. Ob Besserungen beim Gebrauche alkalischer Thermalquellen auf diese Erregung der Flimmerbewegungen und dadurch leichtere schleimbefördernde Wirkung zurückzuführen sind, wie manche Autoren wollen, lasse ich dahingestellt. Immerhin steht es fest, dass eine thatsächliche Wirkung der in den Mineralquellen vorhandenen Salze nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen ist, wenn auch momentan eine genügende Erklärung nicht abgegeben werden kann.

Ich verfehle allerdings nicht darauf hinzuweisen, dass ich ausser der Trinkcur und den Inhalationen einen wesentlichen Factor in den Bädern und ganz besonders in den Douschen sehe, wodurch die Kranken zu tiefen Inspirationen angehalten werden und der Schleim mit grösserer Kraft expectorirt wird.

Etwas besser steht es bezüglich der Uebereinstimmung des Experimentes und der Erfahrung bei dem Gabrauche der alkalischen Mineralwässer bei den catarrhalischen Erkrankungen der Verdauungsorgane, besonders des

chronischen Magencatarrhs:

Hierbei spielt eine mehrfache Art der Wirkung eine Rolle;



1. unterscheiden wir eine mechanische Wirkung und 2. eine Einwirkung auf die Secretionsthätigkeit der Schleimhaut und zwar bezüglich der Kohlensäure und der Salze.

Besonders bei denjenigen Erkrankungen, wo Ablagerungen auf der Schleimhau stattfinden, die einestheils die secretorische Thätigkeit behindern, andererseits auch selbst als Krankheitserreger gelten müssen, ist der mechanische Effect, welcher durch das mehrmals am Tage vorgenommene Trinken hervorgebracht wird, nicht zu unterschätzen. Durch die Untersuchungen von von Mering, Moritz und Andern ist festgestellt worden, dass eine Resorption der Wassers von Seiten des Magens in nur ganz kleinen Quantitäten stattfindet, sondern, dass die Flüssigkeit periodisch aus dem Magen in den Darm geschleudert wird, so dass in dieser Weise für eine prompte Entfernung der mit dem Wasser sich vermischenden Rückstände gesorgt ist. Es begründet dieses wohl auch zum Theil den Usus die Mineralwässer möglichst nüchtern oder doch zu den Tageszeiten trinken zu lassen, wo der Magen am wenigsten mit Speiseresten angefüllt ist. Für uns noch von besonderem Werthe war die weitere Beobachtung von von Mering, dass von eingeführten kohlensäurehaltigen Wässern die Kohlensäure reichlich im Magen resorbirt wird, während sich dies für mit der Kohlensäure zugeführtes Wasser nicht nachweisen lasse.

Andere Versuche ergaben, dass gewisse Salze, welche im Wasser enthalten waren, wenige Minuten nach der Aufnahme schon im Harn nachweisbar sind.

In sensitiver Hinsicht ist auch die Temperatur des Wassers von nicht zu unterschätzender praktischer Bedeutung, während durch die Kohlensäure schädliche Gase, die sich im Verlaufe der Verdauung bildeten, emporgerissen werden.

Bezüglich der im Wasser enthaltenen Alkalien hat man lange Zeit angenommen, dass dieselben den sauren Magensaft nur abstumpfen. Leube allerdings bemerkt in Ziemssens Handbuch, bei der gastritis chronica: «Das kohlensaure Natron, welches die hierhergehörigen Quellen enthalten, scheint nicht nur den übermässigen Gehalt an Säure abzustumpfen, sondern, was viel wichtiger ist, eine erneute, nachhaltige Secretion von Magensaft auf der erkrankten Schleimhaut hervorzurufen, wenigstens darf diese Wirkung nach unseren Erfahrungen über die Folgen des Einbringens von Sodalösungen in den Magen von Fistelhunden vorausgesetzt werden».

Die Ansicht Leube wurde von Jaworski, Geigel und Abend, besonders aber von du Mesnil für die menschliche Magenschleimhaut genauer geprüft. Aus den von Letzterem veröffentlichten Versuchen kann man den Schluss ziehen: dass die Verabreichung einer bestimmten Menge (0,4—4,0) von Natron bicarbonicum den Procentgehalt des Magensaftes an Salzsäure steigert und dass Letztere erst bei Einverleibung grösserer Mengen (5,0) unter das Niveau des Normalen absinkt. Dieses Verhalten lässt sich dadurch erklären, dass das Natr. bicarb., indem es die Salzsäure des im Magen vorhandenen Secretes neutralisirt, die Drüsen zu erneuter und verstärkter Secretion anregt. Die Versuche zeigten ferner in Fällen, wo ein sehr hochprocentiger Salzsäuregehalt des Magensaftes vorhanden war, dass die Einnahmen selbst geringer Dosen (0,25) von Nat. bicarb. ein sofortiges Absinken des Procentgehaltes an Salzsäure zur Folge hatte, sodass hier die Annahme gerechtfertigt ist, dass die Drüsenthätigkeit aufs höchste angespannt, einer weiteren Steigerung nicht mehr fähig sein wird. Es steht demnach nichts im Wege, bei normaler Magenschleimhaut zur Verstärkung der Acidität des Magensaftes kleine Dosen Nat. bicarb. zu geben, ohne aber bei Superacidität nach diesen Beobachtungen zu fürchten, durch Einverleibung desselben diese zu verstärken.

In diesen allerdings an der gesunden Schleimhaut gefundenen Resultaten durfte man doch gewissermassen eine Erklärung finden, für die Wirksamkeit der alkalischen Mineralwässer, die hauptsächlich Natr. bicarb. führen bei sehr verschiedenartigen Erkrankungen des Magens.

Ausser bei chronischem Magencatarrh habe ich in den letzten Jahren mehrfach sehr gute Resultate mit unseren Quellen beobachtet bei der Nachbehandlung des Ulcus ventriculi so dass ich mit gutem Gewissen auch hier den Neuenahrer-Sprudel empfehlen kann.

Dasselbe gilt von der sog. Dyspepsia nervosa wo nicht sosehr eine Erkrankung des allgemeinen Nervensystems in den Vordergrund tritt, als vielmehr ausgesprochene Störungen der Magenthätigkeit.

An die Behandlung der Erkrankungen des Magens schliesst sich an der Gebrauch unserer Quellen bei Leberschwellung mit und ohne Ikterus und bei Gallensteinen.

Ziemlich von allen Seiten wird schon unter dem Einflusse des Wassertrinkens allein eine Veränderung der Consistenz und Vergrösserung der Quantität der Galle als klinische Thatsache angenommen und fast alle Balneologen schreiben auch bei den Mineralwassercuren dem Wasser selbst und der Temperatur desselben, abgesehen von den in ihnen gelösten Salzen eine sehr wesentliche Bedeutung zu. Experimentell ist nun dieser Einfluss der Mineralwässer und deren Bestandtheile auf die Gallenabsonderung von den verschiedensten Seiten untersucht worden. Leider ist man aber auch hier nicht zu den gleichen Resultaten gekommen. Von den Arbeiten, die hier hauptsächlich in Frage kommen, möchte ich nur die von Klikowitsch und Lewaschew sowie die von Stadelmann und seinen Schülern erwähnen.

Die erstgenannten Forscher stellten ihre Untersuchungen an Hunden an mit verschiedenen Mineralwässern: Vichy, (Grande Grille) Essentuki Nr. 17, Carlsbad (Sprudel); mit künstlichen Alkalien und mit einfachem warmem Wasser und kamen zu folgenden Resultaten: Sie fanden, dass die einzelnen Wässer sowohl auf die Quantität der zur Blase fliessenden Galle als auch auf die Zusammensetzung derselben auf gleiche Weise einwirkten. Nach Einführung eines jeden Wassers sank das Gewicht der Portionen mehr oder weniger rasch. Diese Senkung hielt aber nur kurze Zeit an und erfolgte alsbald eine mehr oder weniger bedeutende Vergrösserung der Portionen, doch wurden dabei nicht selten von Zeit zu Zeit auch durchaus unbedeutende Portionen erhalten. Viel constanter war die bei Einführung der Mineralwässer beobachtete Veränderung der Zusammensetzung der Galle. Gewöhnlich trat einige Zeit nach der Einführung eines jeden Wassers mehr oder weniger rasch Verdünnung der Galle ein, welche durch ungefähr gleiche Verminderung des Gehaltes an allen festen Hauptbestandtheilen derselben bedingt wurde. Dabei beobachteten die genannten Forscher was den Grad, die Schnelligkeit und die Dauer der Verdünnung anbetrifft, gewöhnlich, dass einige Wässer in der Mehrzahl der Fälle bedeutend schneller eintretende, länger andauernde Verdünnungen zur Folge haben als andere. Den schnellsten, bedeutendsten und am längsten dauernden Effect äusserte das Wasser von Vichy — welches als rein alkalische Quelle, derselben Categorie angehört wie Neuenahr — dann Carlsbad und dann Essentuki.

Demnach ist die Vermuthung gestattet, dass den grössten Einfluss auf die Zusammensetzung der Galle diejenigen Wässer ausüben, welche als Hauptbestandtheil Nat. bicarb. enthalten.

Auch bei der Untersuchung des Einflusses der künstlich zubereiteten Lösungen von Nat. bicarbon. und Nat. sulf. fand sich, dass das doppeltkohlensaure Natron einen schnelleren, stärkeren und längerdauernden Effect auf die Gallenzusammensetzung äussert als das Glaubersalz, und dass Lösungen schwacher Concentrationen (natürlich bis zu einem gewissen Grade) stärker wirken als Lösungen starker Concentrationen.

Diesen Ergebnissen stehen die von Stadelmann und und besonders von Nissen in St. Petersburg gegenüber. Letzterer machte gleichfalls Versuche mit einfachem Wasser und mit Alkalien. Er fasste seine Resultate dahin zusammen, dass sämmtliche von ihm untersuchte Alkalienverbindungen in schwachen Lösungen keine Erhöhung, in concentrirten Lösungen aber eine nicht unbeträchtliche Verminderung der Gallensecretion bedingen. Beim Nat. sulf. tritt eine Verminderung der Gallenmenge gerade bei kleinen und mittleren Gaben ein. Es zeigte sich aber, dass mit Abnahme der Gallenmenge der relative Procentsatz von Gallenfarbstoff steigt, so dass die Galle in Folge Einflusses der Alkalien wasserärmer und concentrirter wird. Gerade dieser Herabsetzung der Gallensecretion schreibt Nissen einen nicht geringen Antheil an der günstigen Wirkung zu. «Bei Ikterus auf catarrhalischer Basis haben wir es ja wesentlich mit Schleimhautveränderungen und Schwellungszuständen zu thun, schreibt er, einerlei welcher Ursache, mögen dieselben innerhalb der Gallenwege selbst oder ausserhalb im Duodenum liegen, genug wir haben ein Passagehinderniss, welches die Galle bislang nicht überwinden kann. Die Folge davon ist eine gewisse Drucksteigerung innerhalb der Abflusswege derselben. Aber auch diese Drucksteigerung ist nicht im Stande, das Hinderniss, zumal noch, wenn es ganz geschwellte Gallengänge betrifft, zu überwinden, sodass sich allmählich, begünstigt von dem Einflusse der Drucksteigerung eine Resorption von Galle innerhalb der Gallengänge immer mehr geltend macht und die Erscheinungen des Ikterus zunehmen. Erscheint es daher nicht fraglich, wie weit es unter solchen Umständen überhaupt rationell wäre, eine jede Drucksteigerung durch grössere Secretionsthätigkeit der Leber auch anzuregen? Die Alkalien, die das der Anforderung nach bewirken sollen, thun es jedenfalls nicht und der Organismus fährt, wie die Erfahrung lehrt, besser dabei. Sie vermindern vielmehr nach meinen Untersuchungen die Wasserausscheidung aus der Leber und beugen somit wohl einer übermässigen Drucksteigerung gerade vor, entlasten also dadurch die grossen, kleinen und namentlich kleinsten Gallengänge, wohin wir wie Kunkel darauf hinweist wesentlich die Resorption verlegen müssen, weil hier der Gesammtquerschnitt am grössten, also die absorbirende Oberfläche am weitesten ist. Inzwischen üben dann aber auch die Alkalien gleichzeitig ihre durchaus wohlthätige Wirkung in der Beeinflussung des Catarrhes der afficirten Schleimhäute aus und die Galle selbst wird bei ihrem event. stärkeren Alkaligehalte durch Lösung des Schleimes weniger zähe und getrübt erhalten, bis die Abflusswege der Galle wieder gebahnt sind».

Dieser selbe Gesichtspunkt lässt sich auch bei der Therapie der Cholelithiasis vertreten, namentlich wenn man der von Naunyn ausgesprochenen und momentan ziemlich allgemein angenommenen Ansicht huldigt, dass bei Bildung von Gallensteinen Erkrankungen der Scheimhaut und Behinderung des Gallenabflusses eine Rolle spielen.

Ich kann es mir nicht versagen wenigstens einen eclatanten Fall von Befreiung von Gallensteinen nach einer Cur in Neuenahr anzuführen.

Im Jahre 1894 stellte sich mir ein Herr vor, im Alter von etwa 58 Jahren mit der Mittheilung, er leide schon seit 25 Jahren an Gallensteinen und sei auch in dieser Zeit jedes Jahr in Carlsbad gewesen, was zwar meistens eine Erleichterung seines qualvollen Zustandes geschaffen, indem stets der Abgang von Gallensteinen beobachtet worden sei, aber die Besserung habe nie lange angehalten. Sein Arzt habe ihn daher zur Abwechselung nach Neuenahr gesandt. Die Untersuchung des stark abgemagerten, stark icterisch aussehenden Herrn ergab ausser leichter Empfindlichkeit auf Druck in der Gallenblasengegend keine nachweisbaren pathologischen Veränderungen der Organe.

Ich leitete die hier übliche Cur ein, sodass Patient am Ende der ersten Woche auf sechs Becher Sprudelwasser am Tage angekommen war und auch dabei blieb.

Indem ich von den Einzelheiten absehe, hebe ich hervor, dass der Kranke in den 35 Tagen seines hiesigen Auftenhaltes 27 Colicanfälle bekam, die sich aber dadurch von den früheren unterschieden, dass sie ständig an Schnelligkeit der Aufeinanderfolge und besonders in der Intensität und Dauer, zur grössten Freude des Patienten nachliessen. Dabei hoben sich die anfangs sehr darniederliegenden Körperkräfte, der Appetit wurde reger, frischer Lebensmuth machte sich wieder geltend. Nach 5 Wochen verliess er Neuenahr und bekam auf der Rückreise nach Hannover noch zwei Anfälle, von dort ab hörten jede Beschwerden auf. Patient, an den vermöge seiner Stellung gesellschaftlich grosse Anforderungen gestellt wurden, konnte wie er mir im folgenden Jahre mittheilte, denselben vollständig genügen, während dieses früher für ihn unmöglich gewesen war. Einen Anfall hatte er im ganzen Jahre nicht mehr gehabt, an Körpergewicht hatte er 45 Pf. zugenommen.

Dieser eine Fall, dem ich noch eine ganze Reihe anderer an die Seite stellen kann, mag genügen um meine Behauptung zu erhärten, dass die Erfolge mit Neuenahrer Sprudel den Erfolgen in Carlsbad nicht nachstehen.

Anerkannt, wenn auch kaum experimentell begründet, ist die gute Wirkung der alkalischen Thermalquellen bei chronischer Nephritis. Senator sagt darüber: «Die Trink- und Badekuren werden bei chronischer Nephritis häufig verordnet und nicht selten mit einem gewissen Erfolge, indem die Albuminurie etwas abnimmt und namentlich das Allgemeinbefinden sich bessert. Hier wirken gewiss verschiedene Bedingungen zusammen, so die Regelung der Lebensweise, Diät und die Vermeidung von allerhand Schädlichkeiten, denen die Patienten sich ausserhalb der Curaussetzen. Vielleicht wirkt auch ausserdem noch die Aufnahme grösserer Wassermengen günstig, indem sie den Urin verdünnen und so die Einwirkung seiner reizenden Bestandtheile abschwächen; vielleicht wird auch die Verdauungsthätigkeit und die Blutmischung in günstiger Weise beeinflusst, da ja zwischen diesen und der Albuminurie gewisse Beziehungen bestehen». Ich selbst habe verschiedene Fälle beobachtet, in welchen das albumen in einer 5—6 wöchentlichen Cur in Neuenahr verschwand und bis jetzt nicht wiedergekehrt ist, wie mir die betreffenden Patienten mittheilen, die ich mit Interesse weiter im Auge behalte. Es mag sich hier wohl um solche Fälle gehandelt haben, von denen Professor Ziemssen annimmt, dass nur ein circumscripter Entzündungsherd vorhanden war, aus dem der Eiweissverlust stammt, und ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass solche partiellen Nephritiden heilen können.

In den meisten Fällen sieht man eine wesentliche Abnahme des Albumens schon nach der ersten Woche bei dem Gebrauche einer Cur und in vielen Fällen schwindet dasselbe vorübergehend ganz. In den Vordergrund tritt allerdings mehr der wohlthätige Einfluss auf das Allgemeinbefinden und die Hebung der gesunkenen Körperkräfte.



Ein momentan gerade viel discutirtes Gebiet für den Gebrauch der alkalischen Thermalwasser ist

die Gicht

und hat bekanntlich die Litteratur auf diesem Gebiete sehr zugenommen, sodass man mir es verzeihen wird, wenn ich meine Ansicht kurz dahin fasse, dass Neuenahr genau dasselbe leistet wie die meisten der angerühmten Quellen, wofür ich eine Reihe einschlägiger Fälle vorführen könnte. Nur auf eines möchte ich hier hinweisen, was noch immer zu wenig von den Neuenahrer Quellen betont wird, nämlich die diuretische Wirkung derselben und ihre Anwendung dei Nierenconcrementen.

Dass den Alkalien eine diuretische Wirkung zukommt ist allgemein anerkannt; besonders tritt dieselbe zu Tage wenn die Salze reichlich mit warmem Wasser verdünnt werden. Jeder, der das Wasser des Neuenahrer Sprudels in mittleren Quantitäten, besonders des Morgens nüchtern trinkt, wird das Experiment an sich selbst verspüren. Eine Zeit lang glaubte man allerdings diejenigen Mineralwässer an erster Stelle empfehlen zu müssen, die dem Experimente entsprechend auf dem Filter die meiste Harnsäure lösten. Diese Ansicht scheint jedoch ins Schwanken gerathen zu sein, da doch wohl die Wirkung des getrunkenen Wassers in der Niere etwas anders beurtheilt werden muss als die Wirkung im Laboratorium, so dass jetzt als das massgebende bei der Wirkung nicht sowohl die Harnsäure lösende angesprochen werden muss, sondern die Herausbeförderung vorhandener Concremente und die Verhütung der Bildung solcher durch Anregung der Diurese. Diese Ansicht gewinnt an Bedeutung wenn man sich die Untersuchungen von Prof. Moritz vergegenwärtigt. Ebstein hat bekanntlich auf Grund des Nachweises, dass jeder Harnstein eine eiweissartige Masse in sich birgt, die Hypothese aufgestellt, dass diese «Gerüstsubstanz» für die Steinbildung eine nothwendige Vorbedingung darstellt, dass der Steinbild gewissermassen in sie hineinkrystallisire, so dass sie den Kitt zwischen den einzelnen Krystallen bilde. Diese Gerüstsubstanz sollte pathologischen Processen wie Nierenreizungen, Catarrhen der Harnwege ihre Entstehung verdanken, so dass also solche Erkrankungen für die Steinbildner ein primäres Erfordernis wären. Ebstein, ebenso Posner, der ihm beitritt, zieht eine scharfe Grenze zwischen kleinen Körnchen von Harngries und von Krystallconglomeraten, in denen sie organische Substanzen nachweisen konnten und den gewöhnlichen Harnkrystallen. Jene Gebilde sollten eben wegen ihres Gehaltes an fremden organischen Substanzen bereits als Mikrolithen aufzufassen sein und anzeigen, dass ihr Träger Gefahr laufe an echter Urelithiasis zu erkranken.

Die Untersuchungen von Moritz ergaben nun aber, dass jeder Harnsäurekrystall aus jeglichem Harn, sei er spontan oder erst auf Säurezusatz auskrystallisirt, ein Stroma von organischer Substanz zeigt, das seine ganze Masse völlig gleichmässig erfüllt. Auch in dem in feinen Körnchen ausfallenden Sedimentum lateritium ist die Substanz enthalten. Es liegt daher nahe die Harnsteine nur als blosse Conglomerate von Krystallen, als eine Massenkrystallisation aufzufassen. Nicht besondere pathologische Processe, die die albuminoide Gerüstsubstanz liefern, sind für ihr Auftreten massgebend — die Substanz ist in jedem Harn in hinreichender Menge vorhanden — massgebend sind dafür allein die Bedingungen, welche das Ausfallen der steinbildenden Substanz im Harn begünstigen und ein genügend langes Verweilen der in Bildung begriffenen Krystallconglomerate in den Harnwegen veranlassen können. Schliessen wir uns nun dieser Ansicht von Moritz an, dass die Harnsteinbildung dadurch entsteht, dass einmal ein Harnsäurekrystall in den ersten Harnwegen stecken bleibt, so ergiebt sich daraus für die Therapie die richtige Schlussfolgerung, dass in erster Linie die Herausschwemmung dieses Krystalls das einzig richtige Heilmittel ist, eine Thatsache, die ja empirisch durch den Gebrauch der verschiedensten Mineralwässer feststand. Mendelsohn, der ja auch diese Frage näher behandelt hat, sagt über den Gebrauch derselben: «Eine Mineralwasserbehandlung hat zunächst an sich schon den grossen Vortheil, dass sie mit einer erheblichen Flüssigkeitsaufnahme verbunden ist und dass durch die entstehende Diluirung die Lösungsverhältnisse wesentlich günstig beeinflusst werden, wenn auch eine solche Verdünnung allein keineswegs ausreicht das Ausfallen stets zu verhüten. Wichtiger noch als diese Diluirung aber ist es einen diuretischen Effect zu erzielen. Diese Wirksamkeit muss bei der Wahl des Mineralswassers obenan stehen, denn wenn eine reichliche Diurese erzielt wird, also eine Ueberschwemmung der oberen Harnwege mit schnellsecernirtem Harn, so ist die Elimination kleinerer oder grösserer Gebilde erheblich gefördert. Als dritte Eigenschaft, welche ausser der diluirenden und der diuretischen Einwirkung hier ein Mineralwasser haben muss, wird noch hervorzuheben sein, dass es in mässigem Grade die Acidität des Harnes abstumpft, ohne jedoch die Reaction zur alkalischen zu machen, selbst wenn es in ausreichend grossen Mengen eingeführt wird».

In dieser Hinsicht kann ich unsern Sprudel, allerdings nur hier an der Quelle getrunken, da der Gebrauch des versandten Wassers doch niemals dasselbe ist, warm empfehlen, bei dem ausser den Alkalien auch die Wärme ein nicht zu verkennender Faktor ist.

Als eine der bekanntesten Indicationen ist noch

der Diabetes mellitus

zu nennen. Wie aber hier über das Wesen der Krankheit, trotz eifrigen Forschens noch vieles dunkel ist, so ist auch eine alles umfassende Erklärung für den wohlthätigen Einfluss der Alkalien bei derselben noch nicht gefunden. In den letzten Jahren haben gerade über dieses Thema die meisten hiesigen Collegen sowohl in Wort und Schrift ihre Ansichten dargelegt und verweise daraufhin zurück. Es ist ja wahr, dass auch eine Cur in Neuenahr nicht immer den erhofften Erfolg hat. Man wird aber diesen Misserfolg nicht á conto des gebrauchten Mittels setzen, wenn man bedenkt, dass das Symptomenbild, welches wir mit dem Sammelnamen «Diabetes mellitus» belegen auf sehr verschiedenen Ursachen beruht.

Wenn die Ansicht verschiedener Autoren richtig ist, dass das Coma diabeticum als eine Säureintoxication anzusehen ist, und wenn von verschiedener Seite trotz angezweifeltem Werthe von der Infusion der Alkalien bei diesem Endstadium günstige Erfolge gesehen wurden, so ist die Frage wohl erlaubt, ob man den wohlthätigen Einfluss der Alkalien nicht in einer Besserung der Blutbeschaffenheit des Diabetikers in den ersten Stadien zu suchen hat, noch ehe solch ausgesprochene, deletär wirkende Erscheinungen vorhanden sind wie beim Coma. Dazu kommt noch, dass neuere Versuche darauf hindeuten, dass dem Nat. bicarb. die Fähigkeit zuzukommen scheint, die Umwandlungsgeschwindigkeit des Glycogens zu verlangsamen, und so der Organismus im Stande ist, die aus dem Glycogen frei werdenden Zuckermengen zu verbrennen, bevor noch wieder neue Zuckermengen gebildet werden und somit der Körper vor einem Ueberfluthetwerden von Zucker geschützt wird.

Für die in Neuenahr practicirenden Aerzte unterliegt es keinem Zweifel, dass durch den Gebrauch unseres Wassers in vielen Fällen der Zuckergehalt des Urins schneller heruntergeht und verschwindet als ohne dasselbe. Dabei fällt besonders auf die schnellere Wiederkehr und stetige Zunahme der Körperkräfte, die mei-

stens eintretende Vermehrung des Körpergewichtes und last not least, dass die Kranken im Stande sind bei und nach der Cur eine grössere Menge Kohlehydrate richtig zu assimiliren.

Wie Eingangs gesagt, fehlt noch manches Glied in der Kette der Erkenntniss der Wirkungsweise der Alkalien und auch des Neuenahrer-Sprudels. Aus dem Gesagten aber kann man erkennen dass die von den hiesigen Aerzten bezeichneten Erfolge nicht mehr allein als die Erfahrung dieser hingestellt werden dürfen, sondern dass in vielen Beziehungen sich hier Empirie und Experiment beginnen die Hände zu reichen und dass die Zeit nicht mehr fern ist, wo wir im Stande sind eine präcisere Auseinandersetzung der Indicationen bei dem Gebrauche des Neuenahrer-Sprudels geben zu können.

Referate.

S. Talma: Over gisting (Gährung) van koolhydraten in de maag. Weekblad van het nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde. 6. Nov. 1897.

Die herrschende Anschauung ist, dass Gährungen des Mageninhalts nur durch Retention desselben bei fehlender freier Salzsäure vorkommen, dass also die Gährung eine Folge anderer Magenkrankheiten ist. Talma versucht dagegen nachzuweisen, dass in vielen Fällen die Gährung das primäre und die übrigen Störungen von Seiten des Magens nur secundär sind. Die Schizomyceten allerdings können bei Vorhandensein von Salzsäure keine Gährung veranlassen, wohl aber die Saccharomycesarten und zwar bei einem Salzsäuregehalt bis 0,4%, der schon Hyperchlorhydrie bedeutet. Bedingung dieser Gährung ist das Vorhandensein von Kohlenhydraten; die Gährungsproducte sind verschiedene Alkohole und ihre Derivate. Die Diagnose wird gesichert durch das häufige Aufstossen stinkender Gase und ihr Verschwinden durch Entziehung der Kohlehydrate. Verf. fasst seine Erfahrungen in folgende Hauptsätze zusammen.

1. Die Gährungsproducte verursachen Krampf des Pylorus und motorische Insufficienz des Magens. In vielen Fällen seiner Beobachtung verschwand die Insufficienz alsbald nach Entziehung der Kohlehydrate.

2. Gährung kann Hyperchlorhydrie verursachen. (Man wird sich der von Boas, Hayem, Rubin etc. vertretenen und sich immer mehr ausbreitenden Anschauung erinnern, dass Verengerung des Pylorus, sie sei durch Krampf desselben oder organisch bedingt, Hyperchlorhydrie erzeugt. Ref.)

3) Magenkrampf als Folge der Gährung und der Hyperchlorhydrie kann Ursache des Magengeschwürs werden. Den experimentellen Nachweis für den Zusammenhang zwischen Magenkrampf und Magengeschwür hat Talma früher gegeben.

4. Das Magengeschwür kann weiter Sitz eines Carcinoms werden.

Die Behandlung dieser Gährung besteht ausschliesslich in der Entziehung der Kohlehydrate. Unter dem Gebrauch von Eiern (bis 18 in 24 Stunden), Butter, geschabtem Fleisch, gekochtem Fisch etc. genasen des Verf. Patienten immer bald wenn kein Carcinom bestand. Häufig schwinden schon am ersten Tage die motorische Insufficienz und die Gährung, um jedoch wiederzukehren, wenn zu bald wieder Mehlspeisen eingeführt wurden.

In der Regel findet man in diesen Fällen reichlich Saccharomycespilze im Mageninhalt. Doch hat Verf auch Fälle beobachtet, wo sie fehlten und gleichwohl die bestehende Gährung durch Entziehung der Kohlehydrate aufgehoben wurde.

Hier sind meist die aufgestossenen Gase weniger übelriechend und bestehen aus Kohlenwasserstoffen. Hier sind nach des Verf. Meinung Bakterien als Ursache der Gährung aufzufassen. Buch (Willmanstrand).

Ziegelroth: Zur Hydrotherapie der Malaria. Bl. für klin. Hydrother. 1897 Nr. 9 S. 185.

Verf. lässt einige Stunden vor dem Beginn des Anfalles eine kräftige Dusche von 13° R (16° C) geben und darauf eine Abreibung bis zur guten Reaction, darauf Bettruhe. Auch in den ältesten Fällen, wo durch Chinin keinerlei günstiger Erfolg mehr zu erreichen bringt die Wassercur Heilung. Zur Unterstützung der Cur dient nach Verf. die Einschaltung von Schwitzbädern in der anfallsfreien Zeit. (Auch Ref. hat von der Combination von Schwitzbädern und kalten Proceduren bessere Erfolge gesehen als von den letzteren allein). Auf die theoretischen Ausführungen des Verf., die zum Theil schwach gestützt sind, gehe ich nicht ein.

Buch (Willmanstrand).

Comby: Zur Behandlung der Schlaflosigkeit der Kinder. Méd. mod. 1897. Bl. f. klin. Hydrotherapie. Nr. 10 S. 222.

Bei Säuglingen, die wegen unzweckmässiger Ernährung oder Verdauungsstörungen schlecht schlafen, sind Schlafmittel nicht angezeigt; hier ist die Ursache zu heben. Ebenso ist häufig bei Kindern nach der Entwöhnung unzweckmässige Ernährung die Ursache der Schlaflosigkeit. Häufig findet man Schlaflosigkeit bei Kindern, welche alkoholische Getränke, Kaffee, Thee oder dergleichen nehmen (oder deren Amme alkoholische Getränke geniesst Ref.). In diesen Fällen genügt das Verbot genannter schädlicher Genussmittel. Manche Kinder schlafen schlecht, weil sie eine zu stickstoffhaltige Nahrung bekommen; in solchen Fällen lässt man nur einmal des Tages Fleisch essen. Wenn die Ernährungsweise nichts zu wünschen übrig lässt, so ist die Schlaflosigkeit häufig nervöser Natur. Bevor man in solchen Fällen zu medicamentösen Schlafmitteln greift, versucht man physikalische Beruhigungsmittel, wie warme Bäder (34° C) von 15—20 Min. Dauer vor dem Schlafengehen. Bei manchen Kindern sind kühle Bäder oder sogar Douchen von besserer Wirkung. Schliesslich wird man in Fällen von ausgesprochener Gehirnreizung zwei bis drei **Mal** des Tages Einwickelung in nasse Leintücher mit Erfolg vornehmen. Bei Kindern, die geistig angestrengt sind, muss selbstverständlich Ruhe in ihr Recht treten. Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. L. Krehl, Prof der Poliklinik in Jena. Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1898.

Dieses treffliche Buch erscheint als die zweite Auflage des von demselben Verf. herausgegebenen «Grundrisses der allgemeinen Klinischen Pathologie».

So wie unsere Erkenntniss des normalen Organismus herauswächst aus den Lehren der Anatomie und der Physiologie, so baut sich unser Wissen von den Krankheiten desselben empor auf der Grundlage der pathologischen Anatomie und der pathologischen Physiologie oder der Lehre vom Ablauf und Wesen der abnormen, krankhaften Lebensvorgänge. Vieles von dem, was in's Gebiet der pathologischen Physiologie gehört, wird in der allgemeinen Pathologie abgehandelt, Vieles aber bedarf für die Zwecke des klinischen Unterrichtes und des practischen Arztes noch einer besondern Darlegung. Hie und da zerstreut und je nach den verschiedenen Krankheiten gesondert finden alle einschlägigen Fragen wohl in den Lehrbüchern der speciellen Pathologie und Therapie ihre Besprechung, aber eine zusammenfassende Darstellung derselben hat bisher gefehlt und ist vielfach als ein Bedürfniss empfunden worden.

Diesem Bedürfniss entspricht in vollem Masse das Krehl'sche Buch.

Um den Inhalt des Buches zu characterisiren, seien einige der in demselben behandelten Themata als Beispiel angeführt:

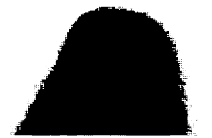
Die physiologischen Grundlagen der Herzhypertrophie — Störungen der Herzrhytmik — Herzklopfen — Angina pectoris — Kreislaufstörungen in Folge von acuten Infectionskrankheiten — Lymphbewegung — Oedem — Haemoglobinurie — physiologische und pathologische Leucocythose — Athmung bei herabgesetztem und erhöhtem Luftdruck — Einfluss des erstern (Höhenklima) auf die Zusammensetzung des Blutes — Icterus — Intoxicationszustände bei Leberkranken — Bewegungsstörungen des Darmes, Obstipation, Diarrhöe — Einfluss der Schilddrüse — Stoffwechsel der Alloxurkörper und Gicht — Glycosurie und Diabetes — Regulirung der Eigentemperatur — Bedeutung des Fiebers — Albuminurie u. s. w.

Der Arzt, welcher das Bedürfniss hat die Fragen der Praxis in die Tiefe ihrer theoretischen Grundlage zu verfolgen, findet hier das Gesuchte: wissenschaftliche Bildung in des Wortes edelster Bedeutung. Ihm sei das Buch auf's Wärmste empfohlen.

D—o.

Lehmann's medicinische Handatlanten. Band XI. und XII. Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. In 120 farbigen Abbildungen nach Originalen von Maler A. Schmitson von Obermedicinalrath Prof. Dr. O. Bollinger. Preis eleg. geb. à Mk. 12.

Wenn man bedenkt wie schwierig es ist, die Farbentöne des frischen Präparates zu treffen, so werden wir bei der Vor-



züglichkeit der Ausführung der Tafeln dem Autor um so mehr unsere Anerkennung zollen. Auch hier ist die Anlage des Werkes analog der des VI. Bandes. Jede Tafel hat einen erläuternden Text, der vollständig genügt, um das schon so klare Bild noch ganz verständlich zu machen. In dem kurzen Abriss der wichtigsten pathologisch-anatomischen Processe macht der Autor durchaus keinen Anspruch von Vollständigkeit des Gebotenen, immerhin ist auch dieser Theil durchaus empfehlenswerth.

Zur Ergänzung des Unterrichts so wie zum Selbststudium kann dieses Werk nur angelegentlichst empfohlen werden.

Fr. Mühlen.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie, herausgegeben von Prof. Hildebrand II. Jahrgang, Bericht über das Jahr 1896. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1897.

Ebenso wie der erste Band dieses werthvollen Werkes, verdient auch der vorliegende uneingeschränktes Lob. Sowohl was die Vollständigkeit und Ausführlichkeit der Referate betrifft, als auch bezüglich der Gruppirung des colossalen Materials dürften alle billigen Forderungen erfüllt sein. Für jeden literarisch arbeitenden Chirurgen bedeutet die Benutzung des Jahresberichtes eine wesentliche Ersparniss an Zeit und Mühe. Die Ausstattung ist auch vortrefflich, sodass die Anschaffung des Buches unbedingt anzurathen ist.

Wanach.

Dr. Wilhelm Türk: Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei acuten Infectionskrankheiten. Verlag von Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig 1898. Preis 7 Mark.

Die bisher bereits zahlreich vorhandenen Forschungen auf haematologischem Gebiete sind durch das Erscheinen der Untersuchungen Türk's um einen sehr schätzenswerthen Beitrag bereichert worden. Was bis hierzu in der Haematologie geleistet wurde, waren meist mit zu grosser Einseitigkeit ausgeführte Untersuchungen. Deshalb kamen die einzelnen Forscher oftmals zu recht entgegengesetzten Resultaten und eine Klärung der Frage wurde dadurch sehr erschwert. Als obersten Grundsatz auch in der Beurtheilung der Blutbefunde, wie überhaupt in der Diagnostik, das Individualisiren hinstellend, ist Türk der Ansicht, dass es von der grössten Wichtigkeit für praktische Zwecke sei, wo es sich um eine Verwerthung von Befunden für Diagnose und Prognose handelt, sich ein Gesammtbild von den gleichzeitig auftretenden Veränderungen des Blutes zu machen und die Zusammengehörigkeit und Abhängigkeit, oder aber die Unabhängigkeit der einzelnen Veränderungen kennen zu lernen. Verf. hat nun 52 Infectionskranke einer erschöpfenden mit colossalem Fleisse durchgeführten Untersuchung unterzogen, und zwar handelte es sich 18 mal um Pneumonia crouposa, 5 Typhus abdominalis, 1 Ptomainintoxication, 8 Rheumatismus articulorum, 6 Meningitis, 2 Septikaemia, 1 Parotitis epidemica, 2 Erysipelas, 2 Scarlatina, 3 Morbilli, 4 mal Malaria.

Da nun eine Blutuntersuchung in chemischer und physikalischer Richtung mit kaum zu überwältigenden Schwierigkeiten verknüpft sei, schlägt Verf. vor bei der klinischen Untersuchung sich auf die Formelemente des Blutes zu beschränken; solches führe allein schon nach seiner Meinung zu sehr werthvollen Resultaten. Die klinische Untersuchung bestehe somit aus folgenden Einzeluntersuchungen: Beurtheilung der Leucocyten bezüglich Zahl und Art, Untersuchung der Erythrocyten auf Zahl, Farbstoffgehalt und Form- oder Strukturveränderungen, Beobachtung der Zahl der Blutplättchen und der Menge des sich bildenden Fibrins. Namentlich den Untersuchungen des Leucocytenbefundes und demjenigen der Blutplättchen will Verf. besondere Wichtigkeit zuschreiben.

Von den eben angeführten Gesichtspunkten hat sich Türk bei seinen Untersuchungen leiten lassen. Und so manches Interessante und praktisch wichtige theilt er mit in der Besprechung der einzelnen Ergebnisse. Eine genaue Besprechung könnte zu weit führen und in Kürze die interessanten Einzelheiten zu besprechen ist ganz unmöglich.

Jedem Einzelnen, der sich für die Frage interessirt, muss das genannte Buch warm empfohlen werden; allen denjenigen, welche auf diesem Gebiete weiterarbeiten wollen, wird es ganz unentbehrlich; dem Kliniker aber könnten verschiedene vom Verf. aufgestellten Schlüsse in diagnostischer und prognostischer Beziehung, sollten sie sich durch weitere Beobachtungen bestätigen, sehr zu statten kommen.

Hecker.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Jean P. Cardamatis (Athen) bespricht in der Deutschen medicinischen Wochenschrift Nr. 5 1898 seine Erfahrung über die Wirkung des Methylenblau bei Malaria. Er verfügt über 275 klinische Beobachtungen, die die äusserst günstige Wirkung des Mittels beweisen. Gewöhnlich verordnet C. das Methylenblau in Oblaten und zwar in 4 Tagesdosen; Erwachsene erhalten täglich 10—12 Gran, jugendliche Personen 8 Gran, Kinder 5 Gran und Säuglinge 1—2 Gran. Man giebt die Arznei zehn Stunden vor dem erwarteten Fieberanfall, wenn es sich um eine Intermittens handelt, deren Eintritt sich an bestimmte Stunden hält. In hartnäckigen Fällen erzielte C. doch Heilung mit einer Combination von Chinin und Methylenblau. Zur Radicalbehandlung empfiehlt er folgende Behandlungsmethode einzuhalten: Denjenigen Personen, die unmittelbar nach den fünf ersten Tagen von Fieber frei sind, giebt man das Mittel zunächst 6 Tage hintereinander, dann soll man 2 Tage pausiren und ein Purgans reichen. Daraufhin wird das Methylenblau wieder 4 Tage gereicht, dann acht Tage pausirt und den Beschluss macht dann noch eine 2-tägige Arzneidarreichung. Hiernach erzielte Cardamatis radicale Heilung.

— Zur Behandlung der Coryza Neugeborener sowohl als auch älterer Kinder empfiehlt Naegeli-Akerblom in jedes Nasenloch zu je einem Tropfen mit einem Tropfenzähler einzuträufeln einer Lösung von Cocain 2,0 auf Aqua destill. und Glycerin aa 50,0. Dieses 3—4 mal täglich vorgenommen genügt vollkommen, um die Athmung durch die Nase wieder herzustellen und ist solches absolut gefahrlos. Jede Behandlung mit Pinsel ohne genaue Ocularuntersuchung hält er für gefährlich und verwerflich. Die oben angeführte Methode practicire er bereits 6 Jahre mit Erfolg. Therapeut. Wochensch. 1897 Nr. 51.

H.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1269. Sitzung am 17. November 1897.

1. Herr Schmitz hält einen Vortrag: Ueber den angeborenen Hirnbruch.

Was zunächst die Häufigkeit des angeborenen Hirnbruches anbetrifft, so muss diese Missbildung als ein seltenes Vorkommnis angesehen werden. Den Statistiken der Entbindungshäuser zufolge kommt nach Vinet ein Hirnbruch auf 5000 Geburten, nach Trélat 3 auf 12900. Berücksichtigt Referent seine eigenen 17 Fälle während seiner 25-jährigen Thätigkeit im Oldenburger Kinderhospital in Bezug auf die Gesammtfrequenz des Spitals, so stellt sich das Verhältnis von 1: 2265 heraus.

Auf die Classification der Hirnbrüche übergehend, unterscheidet Referent nach Spring 2 Hauptformen: die Meningocele und die Encephalocele, ja nachdem nur Hirnhäute oder auch Hirnsubstanz prolabirt sind. Als Meningo- Encephalocelen müssen solche Geschwülste bezeichnet werden, welche innerhalb des von den Hirnhäuten gebildeten Bruchsackes sowohl präformirte Hirntheile, als auch den sie umspülenden Liq. cerebrospinalis enthalten. Von den 17 Fällen des Referenten handelte es sich um 5 Meningocelen (2 vordere, 3 hintere) und um 12 Encephalocelen. — Die Encephalocelen können wiederum Cenencephalocelen oder Hydrencephalocelen vorstellen, je nachdem dieselben aus solider Hirnmasse bestehen oder in ihrem Innern eine mit Flüssigkeit gefüllte, mit den Hirnventrikeln communicierende Höhle aufweisen. Nach Muscatello soll übrigens eine jede Cenencephalocele eigentlich eine reine Hydrencephalocele sein, da nach diesem Autor eine jede Encephalocele einen, wenn auch noch so engen, mit den Ventrikeln communicierenden Kanal enthalten soll. Unter dem Material des Referenten waren 10 sichere Hydrencephalocelen, 2 wurden als Cenencephalocelen diagnosticirt, entbehrten jedoch einer anatomischen Controlle. — Allen Formen des Hirnbruches liegt ein Schädeldefekt zu Grunde, welcher sich meist in der Mittellinie findet. — Je nach der Lage unterscheidet man die Hernia occipitalis am Hinterkopf und die sincipitalis an der Nasenwurzel. Als seltene Formen müssen angesehen werden die H. lateralis, sagittalis und basalis. Von 17 Fällen des Referenten waren 10 occipitale Hernien, 7 sincipitale. Die occipitalen Hernien befinden sich entweder unterhalb der Protuberantia post. und enthalten dann Kleinhirn, oder sie perforiren die Protuberanz und bestehen dann aus Kleinhirn und Grosshirn; schliesslich werden sie auch oberhalb der Protuberanz beobachtet, und bildet dann das Grosshirn ihren Inhalt. Oft confluirt der Schädeldefect mit dem Foramen occipitale magnum, in einigen Fällen fand Referent auch einen Defect im Atlasbogen. — Die sincipitalen Hernien sitzen entweder hart oberhalb der Nasenwurzel (H. naso-frontal.) oder im Siebbein (H. naso-ethmoidal.) oder seitlich in der Orbita (H. nasoorbital). Die 7 Fälle des Referenten vertheilen sich auf 3 naso-frontal., 3 naso-ethmoidal., 1 naso-orbitalen Fall.

Hinsichtlich der äusseren Form der Hirnbrüche muss bemerkt werden, dass der Bruchsack wenigstens zum Theil aus der äusseren Haut besteht, welche in den basalen Abschnitten als solche noch deutlich erkennbar, gegen die Kuppe sich

stark verdünnt und in eine durchscheinende, stark vaskularisirte Membran übergeht, die entweder noch das Aussehen der normalen Haut bewahren kann, oder zahlreiche rundliche Defecte darbietet, welche von zarten Membranen ausgefüllt werden. — Nach Muscatello stellen dieselben die stark verdickte Arachnoidea vor, welche nur noch von einer zarten Epidermislage als Rest der äusseren Hautdecke bedeckt ist. Die Dura pflegt an der Knochenlücke mit dem Pericranium verwachsen zu sein und zeigt also einen ähnlichen Defect wie der Knochen.

Bezüglich der Therapie bespricht Ref. zunächst die Compression des Tumors. Er hat dieselbe nur einmal geübt bei einer Meningocele naso-ethmoidalis eines einjährigen Kindes. Es gelang in wenigen Tagen durch einen zweckentsprechend angelegten Verband die Hernie zum Verschwinden zu bringen, ohne dass schwere Hirnerscheinungen aufgetreten wären. Als das Kind nach Monaten wieder präsentirt wurde, war ein so hochgradiges Recidiv eingetreten dass von jeder Therapie Abstand genommen werden musste. Gleich ungünstige Resultate hat Referent nach der Punction gesehen, welche einen Fall aus der Praxis seines Vorgängers v. Wahl betraf. Derselbe betraf einen 5-jährigen Knaben mit einer grossen Hydrencephalocele occip. In 9 Punctionen wurden 2 Liter Flüssigkeit entleert, zweimal wurde Jod nachinjicirt, das erste Mal bei gleichzeitiger Anwendung einer Klammer, das zweite Mal, wo eine Klammer nicht angewandt wurde, trat bald nach der Injection der Exitus an Meningitis ein. Dreimal hat Referent die elastische Ligatur neben einem streng antiseptischen Verbande angelegt zum Zweck einer Nekrotisirung der Geschwulst. In dem ersten Falle (Meningocele occipitalis eines zweimonatlichen Kindes) fiel die Ligatur am zehnten Tage ab und hinterliess eine kleine, gut granulirende Wundfläche, mit welcher Patient entlassen wurde; leider fehlen jegliche Nachrichten über den weiteren Verlauf. — Im zweiten Falle (Hydrencephalocele frontal.), wo schon Spontanruptur des Sackes eingetreten war, trat nach Ligirung der Hernie am dritten Tage unmittelbar nach einem Verbandwechsel Meningitis ein. — Im dritten Falle (Meningo- Encephalocele eines drei Wochen alten Kindes) wurde versucht, durch allmähliches Anziehen einer elastischen Ligatur den Hirnprolaps zurückzudrängen. Nach 13 Tagen war der Sack mumificirt, da aber der Stiel noch dick war, so wurde auch an diesen eine Ligatur angelegt. Unmittelbar darnach Temperaturanstieg und nach 11 Tagen Tod an Meningitis. — Auf diese Resultate hin würde Referent die Anwendung der elastischen Ligatur befürworten dort, wo es sich um eine dünngestielte Meningocele handelt, vorausgesetzt, dass strengste Asepsis geübt wird und der Verband möglichst selten gelüftet wird.

Am häufigsten hat Referent die blutige Ablation der Geschwulst geübt. Er hat dieselbe zweimal bei Meningocele, sechsmal bei Hydrencephalocele, einmal bei Meningo-Cenencephalocele sincipit. ausgeführt.

Diese letztere, ferner eine Meningocele und zwei Hydrencephalocelen genasen, 5 Patienten starben. Einer der genesenen Fälle war, einen Fall von Réchaux abgesehen, wo die Operation auf eine fehlerhafte Diagnose hin unternommen wurde, der erste überhaupt bekannt gewordene Genesungsfall und führte dazu, dass v. Bergmann auf diesen Fall hin und einen eigenen ähnlichen in seinem Lehrbuche der Chirurgie der Hirnkrankheiten die operative Beseitigung der Hirnbrüche empfahl.

Was den weiteren Verlauf der Operirten anbetrifft, so sind die Spätresultate der Operation folgende:

I. Viermonatliches Kind, Kopfumfang 43,5 cm., weite Fontanellen. Auf der Stirn eine ca. 4,5 cm. im Durchmesser haltende Hydrencephalocele

Nach Ablation der Geschwulst und Catgutabbindung des Stieles, Temperaturanstieg auf 40,4, Erbrechen, enge Pupillen, keine Krämpfe. Nach drei Wochen Wunde verheilt. Kind genesen entlassen. Kopfumfang 43.5 cm. Nach 7 Monaten sah Referent das Kind wieder. Hochgradiger Hydrocephalus chron., Kopfumfang 63,5. Auf der Glabella grosses Recidiv. Nach Punction und Compressivverband Verkleinerung um einige cm. Nach 2½ Wochen Exitus. Bei der Section hochgradigster Hydrocephalus int., catarrh. Pneumonie.

II. Fall führte gleichfalls einige Monate nach der Operation zu Hydrocephalus, allerdings ohne Recidiv des Hirnbruchs.

Ueber den III. Fall (Meningocele occipital.) fehlen Referenten jegliche weitere Kenntnisse des Verlaufes. Jedoch hatte der Kopfumfang einen Monat nach der Operation um 6 cm., der Spalt zwischen den Scheitelbeinen um 2 cm. zugenommen; auch war ein Recidiv der Hernie im Gange.

Völlige Genesung bot der IV. Fall einer haselnussgrossen Meningo-Anencephalocele naso-orbital. eines 2½ Monate alten Knaben, wo noch nach Jahren völlige Gesundheit constatirt werden konnte.

Da nun ganz allgemein anerkannt wird, dass namentlich die Hydrencephalocele, aber auch die Meningocele, sich selbst überlassen, eine fast ausschliesslich letale Prognose geben, so hält sich Referent trotz der immerhin recht bedeutenden Gefährlichkeit einer Operation und trotz der relativ ungünstigen Resultate eines activen Eingriffes doch für berechtigt, einen solchen Eingriff, sei es die Ligatur oder blutige Ablation, zu befürworten. Nur müsse vor jedem Optimismus ernst gewarnt werden, da auch die meisten in der Literatur bekannt gewordenen operirten Fälle von Meningo- und Hydrencephalocele schliesslich an chronischem Hydrocephalus gestorben sind. Am günstigsten gestaltet sich die Prognose bei der Cenencephalocele, da hier die Operation wegen fehlenden Zusammenhanges der Hernie mit den Hirnventrikeln gefahrloser erscheint und auch aus dem gleichen Grunde die Gefahr einer nachträglichen Entstehung eines Hydrocephalus weniger zu befürchten ist. — Was schliesslich noch die Frage betrifft, ob nicht durch die Operation wichtige Hirnfunctionen ausser Function gesetzt werden dürften, so brauche solches nach den zur Zeit bestehenden Erfahrungen nicht befürchtet zu werden.

Discussion.

Herr Tiling erwähnt bezüglich der zuletzt erwähnten Frage die Arbeit des Moskauers Lissenko. Darnach müsse die Cenencephalocele nicht als ein prolabirter Theil normal functionirender Hirnsubstanz angesehen werden, sondern als ein aus Hirnsubstanz bestehender Tumor, als ein Cephalom, dessen Entfernung keinerlei Ausfall irgend einer Hirnfunction bewirken könne. Lissenko stützt seine Ansicht, eines Theils, namentlich durch den Befund heteroplastischer Substanzen z. B. quergestreifter Muskelfasern innerhalb der Cenencephalocele, sowie ferner auch durch den Nachweis, dass solche Tumoren ohne jede Knochenlücke entstehen, auch in keinerlei Zusammenhang mit dem Hirn vorkommen.

Herr Schmitz bemerkt hierzu, dass auch Virchow schon vor Jahren eine ähnliche Ansicht ausgesprochen hat.

2. Herr Kernig demonstrirt die Leber eines an acuter gelber Leberatrophie verstorbenen Falles.

Krankengeschichte. Patientin 24 a. n. befindet sich am Ende des dritten Monats der II. Gravidität, giebt bei ihrer Aufnahme ins Obuchow-Hospital am 16. October a. c. an, erst seit 4 Tagen an Icterus erkrankt zu sein. Pat. fieberlos, mässig icterisch, Puls 132, Leber druckempfindlich. palpabel, doch auffallend weich, um einen Fingerbreit den Rippenrand überragend. Die Milzdämpfung mässig vergrössert. Am 17. October Leber verkleinert, der untere Rand nicht mehr fühlbar oberhalb des Rippenbogens. Lebergegend sehr empfindlich. Pat. apathisch und benommen. Im Urin geringe Spuren von Albumin, kein Zucker. Leucinkugeln, keine Tyrosinkrystalle, rothe Blutkörperchen (beginnender Abort). — In der Nacht vom 16. auf den 17. October hatten furibunde Delirien mit Aufspringen etc. stattgefunden. Pat. abortirt unter starkem Blutverlust und es erfolgt der Exitus noch am Abend des 17. October.

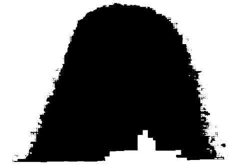
Die klinische Diagnose: Acute gelbe Leberatrophie wurde sofort bei der Aufnahme der Kranken ausgesprochen, gestützt auf die 4 Momente: Schwangerschaft, Icterus, auffallend weiche und druckempfindliche Leber, schweres Allgemeinbefinden (Puls 132 trotz Fieberlosigkeit).

Anatomische Diagnose: Acute gelbe Leberatrophie, Gewicht der Leber 500 (normal 1500—2000 grm.), Maasse 19, 12 und 4 cm. Subepicardiale Ecchymosen. Hämorrhagisches Infiltrat der Ligamenta lata und der Ovarien. Hämorrhagische Proctitis, Milz von normaler Grösse (augenscheinlich wegen des stattgehabten Blutverlustes). Parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels.

Hierzu bemerkt Herr Kernig, dass seinen Erfahrungen nach die acute gelbe Leberatrophie jetzt hier in Petersburg seltener als früher geworden zu sein scheint. — Die nähere anatomische und bacteriologische Untersuchung dieses Falles wird durch Herrn Dr. Eugen Blumenau erfolgen.

(Autoreferat).

3. Herr Kernig berichtet über die Krankengeschichte einer Patientin mit multiloculärem Echinococcus der Leber. — Patientin erkrankte im Februar a. c. an chronischem, in seiner Intensität wechselndem Icterus. Vom Juli ab tägliches remittirendes Fieber bis 39,0. Im Sommer waren Schmerzattaquen in der Lebergegend vorangegangen. Bei der Untersuchung im September präsentirte sich die Leber als stark vergrössert, bis zwei Fingerbreit unter den Nabel reichend und als sehr hart. — Die Diagnose lautete auf purulente Cholangitis im Anschluss an Cholelithiasis. Daraufhin sollte die Patientin cholecystotomirt werden und trat am 20. September schon mit Knöchelödem in das Obuchow-Hospital zum Zweck einer Operation ein. Da jedoch mittlerweile verschiedene Blutungen, namentlich aus dem Zahnfleisch, eingetreten waren, so musste von einer Operation abgesehen werden. — Es war an der Leber eine locale Protuberanz fühlbar, welche man möglicherweise für die ectatische Gallenblase hätte halten können, doch war dieselbe zu hart dafür. Des weiteren trat hämorrhagischer Ascites ein, die Blutungen verstärkten sich; der Exitus leta-



lis trat ein am 11. November, ohne dass die Leber sich gegenüber dem Befund im September wesentlich vergrössert hätte. — Bei der Section fand sich innerhalb der stark vergrösserten Leber eine den ganzen linken und einen Theil des rechten Lappens einnehmende, mehr als kindskopfgrosse, central zerfallene Geschwulst; ausserdem einige etwa walnussgrosse Herde im rechten Lappen von demselben Aussehen, wie die Hauptgeschwulst. Die Geschwulst selbst hart, gelblichweiss auf dem Durchschnitt mit einer grossen centralen Zerfallshöhle. Verschluss des Ductus choledochus durch Druck von Seiten der Geschwulst. Cholangitis von mehr mucösem als eiterigem Charakter. Im übrigen keinerlei Tumoren im Körper.

(Autoreferat).

Nachträgliche Bemerkung. Der Fall wurde auf der Sitzung als primäres Lebercarcinom demonstrirt. Herr Kernig hatte, wie er auch bei der Demonstration mittheilte, während der Section die Meinung ausgesprochen, es müsse sich um multiloculären Leberechinococcus handeln. Dem wurde seitens des pathologischen Anatomen auf eine vorläufige mikroscopische Untersuchung hin bestimmt widersprochen. — Erst nach der Sitzung vom 17. November erfolgte die vollständige mikroscopische Untersuchung, die das Bestehen eines zweifellosen Echinococcus multilocularis ergab.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: Dr. H. Westphalen.

Vermischtes.

— Aus Rostock kommt die Trauernachricht, dass der ehemalige langjährige Professor der Pharmacie an der alten Universität Dorpat, Dr. Georg Dragendorff, daselbst am 7. April n. St. an einer Endocarditis gestorben ist. Nach seiner Verabschiedung von der Dorpater Universität i. J. 1894 hatte sich Prof. Dragendorff bekanntlich in seiner Vaterstadt Rostock niedergelassen, um dort ausschliesslich seinen wissenschaftlichen Arbeiten zu leben, weshalb er sogar den überaus ehrenden Ruf, die an der Berliner Universität neu zu gründende Professur für Pharmacie als Erster zu bekleiden ausschlug. Aus seinem neuen Wohnorte brachte er noch als letzte Gabe seinen früheren Collegen und Schülern eine neue völlig umgearbeitete Auflage seines trefflichen Werkes «Gerichtlich chemische Ermittelung von Giften in Nahrungsmitteln etc.» dar, welches fast in alle Cultursprachen übersetzt ist und in der ganzen gebildeten Welt als Grundlage bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen über Gifte dient. In dem Hingeschiedenen verliert die Wissenschaft einen fleissigen und hochangesehenen Forscher von internationaler Bedeutung, seine zahlreichen früheren Schüler (Pharmaceuten und Mediciner) aber einen unvergesslichen Lehrer. Eine eingehendere Würdigung seiner Thätigkeit in Dorpat behalten wir uns für die nächste Nummer der Wochenschrift vor.

— Die Gesellschaft Rjasanscher Aerzte hat ihren bisherigen langjährigen Präsidenten Dr. P. N. Jekiwezki zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt. Für das laufende Jahr wählte die genannte Gesellschaft den Medicinalinspector Dr. F. Milejew zum Präsidenten; Dr. W. A. Martynow zum Vicepräsidenten, die DDr. O. S. Idelson und W. D. Scheffer zu Secretären und Dr. N. L Prosorowski zum Cassirer. (Wr.)

— Verstorben: 1) Der ältere Ordinator des Kiewschen Militärhospitals Dr. Victor Nikkels im Alter von 40 Jahren an der Schwindsucht. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er 1883 den Arztgrad und später auch die Doctorwürde erlangte. 2) Am 25. März in Riga der dortige Arzt, Staatsrath Dr. Alexander v. Hentrich. 3) In Kischinew der frühere Militär-Medicinalinspector der activen Armee während des letzten türkischen Krieges, wirkl. Staatsrath Dr. Ephraim Lwow. 4) Im Kreise Achtyrka (Gouv. Charkow) der Landschaftsarzt W. W. Ssukatschew im 45. Lebensjahre an Apoplexie. Er hat seine Frau mit drei Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) In Philadelphia der frühere Professor der Geburtshülfe am Jefferson Medical College, Dr. Theophil Parvin.

— In Berlin beging der Verwaltungsdirector des Charité-Krankenhauses Geh. Oberregierungsrath Spindler sein 25-jähriges Jubiläum in diesem Amte. Der Jubilar, welcher früher Staatsanwalt war, arbeitete sich mit grosser Hingebung in die Aufgaben seiner neuen Stellung hinein und hat sich auch viel mit der öffentlichen Gesundheitspflege beschäftigt. Er bekleidet zugleich ein Nebenamt die Stellung des Verwaltungsdirectors der Klinik in der Ziegelstrasse und ist Mitglied des Curatoriums des Berliner Augustahospitals.

(A. m. C.-Ztg.)

— Zum Präsidenten des Pariser Municipalrathes (Conseil municipal) ist für 1898/99 der praktische Arzt Dr. Navarre, welcher seit einer Reihe von Jahren bereits als Mitglied dieser Institution angehört, gewählt worden. (Chronique méd. — Wr.)

— Im preussischen Heere sind neuerdings Aenderungen in den Rangverhältnissen und Chargenbezeichnungen der Sanitätsofficiere vorgenommen und zugleich eine zeitgemässe Erhöhung ihrer Gehälter bewilligt worden. Die Eintheilung der Generalärzte und Assistenzärzte in je 2 Classen ist beseitigt. Die bisherigen Assistenzärzte I. Classe heissen jetzt «Oberärzte», während die bisherigen Assistenzärzte II. Classe einfach «Assistenzärzte» heissen. Den Divisionsärzten wird die Chargenbezeichnung «Generaloberarzt» mit dem bisherigen Range als Oberstlieutenant verliehen. Die bisherigen Generalärzte II. Classe erhalten den Rang der Obersten. Die Abstufungen sind nunmehr folgende: Generalstabsarzt, Generalarzt, Generaloberarzt, Oberstabsarzt, Stabsarzt, Oberarzt, Assistenzarzt, Unterarzt. — Was die Gehaltserhöhung anbetrifft, so erhält die Hälfte der Oberstabsärzte künftig 5850 Mark, die andere Hälfte 5400 Mark, die Hälfte der Stabsärzte je 3900 und 2700 Mark. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Vorstand der Wiener Aerztekammer hat, der «Wiener med. Presse» zu Folge, den Beschluss gefasst, den Wiener Magistrat zu ersuchen, es möge dem Bandagisten Hessing[1]) aus Göggingen, dessen zeitweiliger Aufenthalt in Wien von den Tagesblättern angekündigt worden war, die Ertheilung von Ordinationen untersagt werden, da derselbe notorisch Curpfuscherei treibe.

— Wie verbreitet in manchen Gegenden Deutschlands die Curpfuscherei ist, beweist der Jahresbericht des sächsischen Medicinal-Collegiums. Diesem zu Folge gab es im Königreich Sachsen i. J. 1896 neben den 1761 Aerzten 745 unstudirte Personen, welche die Heilkunde betrieben. Von diesen 745 Personen übten 220 Naturheilkunde aus, 106 Sympathie, 97 Homöopathie, 72 Massage, 64 Zahnheilkunde, 46 Magnetismus, 19 Bandwurmcuren, 9 Baunscheidtismus. Fast alle Berufsarten waren vertreten, am stärksten die der Barbiere, Weber, Strumpfwirker, Schuster, Heilgehülfen, Arbeiter, Schneider, Bademeister, Tischler.

— Wie aus Odessa gemeldet wird, soll der erste Cursus der neuen medicinischen Facultät daselbst voraussichtlich im Herbst 1899 eröffnet werden.

— Das grosse Odessaer Stadthospital, welches in letzter Zeit zu vielen Angriffen Anlass gegeben hat, soll reorganisirt werden und hat die Krankenhaus Commission in einem Bericht an die Stadtduma zu diesem Zweck eine Anleihe von 2 Millionen Rbl. befürwortet. Die Duma hat sich mit diesem Vorschlage einverstanden erklärt und beschlossen die durch die Anleihe aufgebrachte Summe zum Bau und Unterhalt neuer Abtheilungen des Stadthospitals zu verwenden.

— Bei der chirurgischen Klinik der Moskauer Universität wird eine Centralstation für die Untersuchung Kranker unter Zuhülfenahme von Röntgen-Strahlen errichtet.

— Der russischen St. Petersburger Zeitung zu Folge wird geplant die Schiffseigenthümer mit Eintritt der Navigation dazu zu verpflichten, auf jedem Passagierdampfer einen Feldscher anzustellen und Specialkajüten für Erkrankungsfälle einzurichten.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. April 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. April 1898.

[1]) Hessing besucht jedes Jahr auch St. Petersburg.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

F. Lindig, Riga, kl. Schlossstrasse № 5, Qu. 4 sucht Stellung bei nerven- oder geisteskranken Damen.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.



Unterkunft billig.

Das steirische Gastein,

österreichische Südbahnstation (mit Eilzug von Wien 8, von Triest 5, von Budapest 9 Stunden). **Kräftigste Akrathotherme 36·2 bis 37·5° C.**, ähnlich Gastein, Pfäffers, Teplitz, Badearzt: Univ. med. **Dr. Richard Eder**, Operat.. emer. ärztl. Leiter der Wiener Privatheilanstalt Dr. Eder.

Prospecte gratis durch die Bade-Direction.

RÖMERBAD. (50) 2—1.

Saisonbeginn 1. Mai.

Klimatischer Wald-Curort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA"

Besitzthum des Grafen **Plater-Syberg**, 7 Werst von Dwinsk, auf dem hohen Ufer der Düna, in malerisch schöner, gesunder Gegend, inmitten eines alten, ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung. (Fahrzeit 20 Minuten, Preis 15 Kop.).

Saison vom 10. Mai bis zum 10. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen Vorrichtungen, so z. B.: Wannenbäder aller Art, Douchen verschiedener Systeme, römische Bäder u. s. w. Moorbäder, Massage und Gymnastik. — 3 grosse Pensionate mit möblirten Zimmern. Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. pro Person und pro Tag. Neu aufgebautes grosses 2-stöckiges Wintergebäude aus 30 Zimmern am hohen Ufer der Düna für gesunde Anreisende. Apotheke, Restaurant, Musik und Theater.

Dr. Noischewsky's grosse, neu eingerichtete Augenklinik mit beständigen Betten. 82 im Walde isolirt gelegene, vollständig möblirte Datschen mit Geschirr, liegen verstreut und eignen sich vorzugsweise für Familien. Genaue Auskunft ertheilen: чрезъ гор. Двинскъ, на ст. Ликсна въ Администрацію «Погулянки» oder bis zum 10. Mai in St. Petersburg Dr. med. **Arronet** (Знаменская ул. 38. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend um 1 Uhr). (44) 3—1.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

(ehemals Dr. Hünerfauth).

Diätetische Küche. — Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten **Bäder**. — **Elektrotherapie.** — Das ganze Jahr geöffnet. Massageunterricht nur für Aerzte.

(48) 10—1. **Dr. Hans Leber.**

Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad.

WILDBAD

Württemberg. **Schwarzwald.**

Warmquellen ($\frac{31-}{37^{\circ} C.}$) mit natürlicher, der Blutwärme des menschlichen Körpers angemessener Temperatur.

Einzel- und Gesellschafts-Thermal-Bäder in comfortablen Räumen. Weitere Kurmittel sind: Dampf- und Heissluftbäder, Heilgymnastik. Elektrotherapie. Massage.

LUFTKURORT. 430 m. ü. d. M. Herrliche Tannenwälder, Waldwege und Anlagen a. d. Enz, hervorragendes Kurorchester, Theater, Lesesäle, Jagd, Fischerei, sonstige Vergnügungen, Spiele etc.

Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

Gute Hotels u. Privatwohnung. f. alle Verhältnisse. Prospecte u. jede gewünschte Auskunft durch die **K. Badverwaltung** od. d. Stadtschultheissenamt.

Hauptsaison von Mai bis October.

KISSINGEN.

Dr. C. Dapper's Sanatorium.
Neues Kurhaus

Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen.

Geöffnet **April—Januar**. Prospecte.

(51) 19—1. **Dr. C. Dapper.**

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT

Quellen Choussy Perière.

Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.

Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.

Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

FRANZENSBAD.

Das erste **Moorbad der Welt**, besitzt die **stärksten Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge, die kohlensäurereichste Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder.**

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt **das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.**

(28) 3—1.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).



Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung.

Volkschirurgie — Alterthum — Mittelalter — Renaissance.

Von

Dr. E. Gurlt,

Geh. Med.-Rath, Professor der Chirurgie.

Drei Bände.

Mit 28 Tafeln mit Abbildungen von Instrumenten und Apparaten, 6 Bildnissen und 19 anderen Abbildungen. gr. 8. 1898.

Preis 96 Mark.

(Durch alle Buchhandlungen zu beziehen).

Дозв. ценз. Спб 2 Апрѣля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 11. (23.) April 1898

Ueber den Einfluss meteorologischer Bedingungen (besonders Erdmagnetismus) auf epileptische Anfälle[1].

Von
Mich. Was. Sokolow.

Die folgenden Beobachtungen sind an den Epileptikern der Irrenanstalt Udelnaja bei St. Petersburg angestellt worden, um zu untersuchen, ob und welche meteorologischen Bedingungen einen Einfluss auf das Eintreten und die Häufigkeit der Anfälle ausüben.

Die Anzahl der beobachteten Epileptiker, welche in isolirten Pavillons der Anstalt gruppenweise (Knaben, Mädchen und Erwachsene) vertheilt waren, betrug 26, und zwar 7 Erwachsene im Alter von 25—50 Jahren und 19 Kinder, 10 Mädchen und 9 Knaben, im Alter von 8—20 Jahren. Die Beobachtungen erstreckten sich über einen Zeitraum von 2 Jahren, vom 1. Juni 1887 bis zum 31. Mai 1889, und die Zählung der epileptischen Anfälle ging in dieser ganzen Zeit täglich und ununterbrochen vor sich. In das Verzeichniss wurden sowohl die Tagesals auch die Nachtanfälle aufgenommen nnd zwar ausschliesslich vollständige Anfälle (grand mal); alle unvollständigen in der Art des petit mal, oder Zwischenformen wurden nicht berücksichtigt. Wie aus den kurzen Auszügen aus den Krankengeschichten ersichtlich (Tab. 1) liess sich bei der Mehrzahl dieser Epileptiker eine anatomische Grundlage des Leidens voraussetzen, da sich vorfanden: Zeichen der Entartung (Anomalien der Schädel- und Gesichtsentwickelung) und organische Gehirnveränderungen stationären Charakters, aus der frühen Kindheit (Trauma capitis, wahrscheinliech Haemorrhagia cerebri, Hydrocephalus chron. Meningitis u. s. w.) mit den Erscheinungen des Idiotismus verschiedenen Grades und mehr oder weniger starker erblicher Belastung (neuropathische Familie und Neurosen, Trunksucht der Eltern, Syphilis und Geisteskrankheiten). Status epilepticus wurde bei keinem beobachtet. Folglich hatten wir es nicht mit primärer idiopathischer Epilepsie (Büttel, Reynolds, Nothnagel) zu thun, sondern vorzugsweise mit der deuteropathischen oder symptomatischen. wo die «latente epileptische Veränderung» des centralen Nervensystems Nothnagel's durch mehr oder weniger grobe materielle Veränderungen hervorgerufen oder von ihnen begleitet wurde.

Die Wahrscheinlichkeit einer idiopathischen Epilepsie liess sich in 9 Fällen voraussetzen[2]). Die Krankheit verlief bei allen Epileptikern stereotyp und wurde durch keine Symptome oder Complicationen von Seiten Gehirnpathologischer Processe gestört, ebenso wenig als durch zufällige Erkrankungen. wenigstens nicht so bedeutende, dass sie eine Erwähnung verdienten.

Aus dem im Verlaufe der zwei Jahre gesammelten Ziffernmateriale, zusammen 9327 Anfälle an 26 Epileptikern, wurden folgende Tabellen und Curven zusammengestellt: 1) nach den 3 Gruppen der Epileptiker — Mädchen, Knaben und Erwachsene, 2) nach Zeiträumen: tägliche, monatliche und nach den Jahreszeiten, wobei zu bemerken, dass wir den Sommer vom 1 Juni a. St. ab rechnen, und 3) nach den Stunden des Tages.

Als Ergänzung des über die Tabellen und Curven Gesagten, sind folgende Umstände hervorzuheben: 1) Um den Einfluss zufälliger Ursachen von Seiten des Organismus selbst (Menstruation, acute fieberhafte Krankheiten, gastralgische Störungen u. so w.) auf die epileptische Curve — zu bestimmen und um übersehen zu können, ob nicht etwa einzelne Personen unter dem Einfluss krankhafter Veränderungen einen zu grossen Einfluss auf die Anfallscurve ausüben, wurde nach denselben

[1]) Der vorliegende Artikel ist in Merzejewski's Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr. 1897 in russischer Sprache erschienen und wir haben bereits ein kurzes Referat desselben gebracht, glauben aber seiner hervorragenden Bedeutung wegen den ganzen Artikel in gedrängter Uebersetzung einem grösseren Leserkreise zugängig machen zu sollen. Die meisten Tabellen bleiben gleichwohl fort und sind im Original nachzusehen, wir beschränken uns auf die Wiedergabe der Curven.

[2]) Siehe Tab. 1 Nr. 6 und 9; Nr. 6, 7 und 9; Nr. 1, 3, 5 und 7.

Gruppen der Epileptiker, und denselben Zeiträumen — eine andere Controlltabelle und parallele Curven [3]) — der epileptischen Tage und der epileptischen Personen in täglichen Zeiträumen zusammengestellt, wobei ich unter dem Ausdruck «epileptische Tage» die Zahl der Tage verstehe, an welchen innerhalb einer gewissen Zeitperiode z. B. Monat oder Jahr, Anfälle beobachtet wurden und unter epileptischen Personen die Zahl der Patienten, welche an den epileptischen Tagen Anfälle gehabt. Der Vergleich dieser Curven miteinander zeigt eine nahezu vollständige Uebereinstimmung derselben, weshalb wir in der Folge nur eine Curve, die der epileptischen Anfälle, in Betracht nehmen werden. Die Uebereinstimmung dieser beiden Curven beweist einerseits die Abwesenheit zufälliger Ursachen für die Entstehung der Anfälle und zeigt andererseits, dass das Resultat dasselbe bleibt, man mag nun die Erscheinungen der Epilepsie nach der Zahl der Anfälle oder nach der Zahl der erkrankten Personen beurtheilen: die Bedeutung jeder dieser Curven, die sich gegenseitig bestätigen und ergänzen, muss also durch eine solche Zusammenstellung verdoppelt werden.

2) Da nicht alle 26 Epileptiker sich volle 2 Jahre (1887—1889) unter Beobachtung befanden — einige traten später ein, andere verliessen die Anstalt vor Ablauf dieser Zeit — so wurde, um gleiche Bedingungen und vergleichbare Zahlen zu erhalten, eine Tabelle der Anfälle zusammengestellt, in welcher die Zahl der factisch beobachteten 26 Epileptiker auf eine mittlere von 22 Epileptikern und die Zahl der factisch beobachteten Anfälle auf diese mittlere reducirt wird nach der Gleichung: wenn z. B. im Laufe des Sommers 26 factische Epileptiker 2397 Anfälle gaben, wieviel Anfälle würde dann die mittlere Zahl von 22 Epileptikern geben. Hierdurch wurden Ziffern erhalten, die in quantitativer Beziehung etwas von den wirklichen abweichen aber den Typus der Anfallscurven natürlich nicht verändern, diese letzteren wurden daher auch in ihrem wirklichen Zustande gelassen, als ob es sich um dieselbe Anzahl, in derselben Zeit pathologisch functionirender Epileptiker handelte. Die Zahl solcher Epileptiker, die nicht volle 2 Jahre beobachtet wurden, betrug 14, von denen jedoch drei nur die letzten 2 Monate des zweiten Jahres durch den Tod der Beobachtung entzogen waren und drei weitere einen oder zwei Monate nach Beginn der zwei Beobachtungsjahre eintraten, so dass auch diese sechs fast die ganzen zwei Jahre hindurch beobachtet wurden und nur acht Patienten einen grösseren Bruchtheil dieser 24 Monate nicht unter Beobachtung waren. Volle 2 Jahre unter Beobachtung waren 12 Patienten.

3) Zur Beurtheilung des Verlaufes der Curve der Anfälle und behufs ihrer Vergleichung mit den meteorologischen Bedingungen, wurde als Zeiteinheit die Jahreszeiten gewählt (Sommer, Herbst, Winter, Frühling) und darauf beide Beobachtungsjahre in eine mittlere Curve vereinigt, weil bei grösseren Zeiträumen die Einzelheiten sich mehr verwischen und die allgemeinen Schlussergebnisse deutlicher hervortreten, welche dadurch die Orientirung unter einer Menge so veränderlicher Erscheinungen wie epileptische Anfälle und meteorologischer Wechsel erleichtern.

Nach diesen vorläufigen Bemerkungen über die Zusammenstellung und Benutzung der Tabellen und Curven der epileptischen Anfälle, und den Grad ihrer Bedeutung, erübrigt uns die Anfallscurven der 3 Gruppen — Mädchen, Knaben und Erwachsene — zu vergleichen, um zu erfahren ob sich unter ihnen etwas Gemeinsames findet, und dann mit den entsprechenden Tabellen und Curven der meteorologischen Erscheinungen zu vergleichen, um eine Einsicht in den Einfluss der meteorologischen Bedingungen auf die epileptischen Anfälle, zu erhalten. Die meteorologischen Thatsachen, sind den Jahrbüchern des physicalischen Observatoriums in St. Petersburg entnommen und die magnetischen aus dem Observatorium zu Pawlowsk bei Petersburg für dieselbe 2-jährige Periode der Beobachtungen und wurden dieselben ohne jede Veränderung angewandt.

Aus allen unseren Tabellen und Curven gehen folgende Ergebnisse hervor: 1) Für alle 26 beobachteten Epileptiker wurde, wenn auch für jeden einzelnen in verschiedenem Grade, eine gewisse Regelmässigkeit im Auftreten der Anfälle beobachtet. Aus den Curven der Anfälle nach den Gruppen der Epileptiker geht hervor [4]) dass zwischen den Curven aller 3 Gruppen — Mädchen, Knaben und Erwachsene — eine unleugbare Aehnlichkeit besteht, und dass sie im Allgemeinen alle denselben Typus haben. Darauf deutet die fast vollkommene Uebereinstimmung für einige Monate, und besonders die Wiederholung derselben in beiden Jahren, z. B. ein Maximum im Juli und Januar und ein Minimum im November und Mai. Ebenso wird volle Uebereinstimmung in den Curven der Mädchen und Erwachsenen für alle Jahreszeiten beobachtet, und in den Curven der Knaben — im Winter und Frühling. Jedenfalls ist diese Uebereinstimmung so bedeutend und beständig, dass es kaum eine zufällige Erscheinung sein kann und nicht ignorirt werden darf. Aus diesem Grunde wurde zum Vergleich mit den meteorologischen Erscheinungen eine gemeinsame Anfallscurve für alle Epileptiker gezeichnet [5]).

2. Was die geringen Abweichungen der Anfallscurven von einander für die drei Gruppen der Epileptiker betrifft, so müssen wir uns zur Erklärung derselben ein wenig aufhalten [6]).

Im 1. Jahre der Beobachtungen zeigt sich die Unähnlichkeit der Anfallscurven unter einander im Fehlen des Wintermaximums bei den Knaben, und des Frühlingsminimums bei den Knaben und Erwachsenen; ferner beim Vergleich mit dem folgenden Jahre — im umgekehrten Verhältnisse des Frühlingsmaximums zum Herbstminimum, in allen 3 Gruppen, und im umgekehrten Verhältnisse des Wintermaximums zum Frühlingsminimum bei Knaben und Erwachsenen.

Im 2. Jahre der Beobachtungen: die einzige Ausnahme bildet das umgekehrte Verhältniss des Sommermaximums zum Herbstminimum in der Gruppe der Knaben. In diesen Abweichungen besteht der ganze Unterschied der Anfallscurven unter einander und in den beiden Jahren der Beobachtung.

Es dürfte schwer fallen hierfür befriedigende Erklärungen zu geben. Nichtsdestoweniger ist es nothwendig, einiges über die einzelnen Abweichungen der Anfallscurven von einander für die Gruppen der Epileptiker zu sagen. — Die hier bemerkten geringen Abweichungen können kaum durch äusserliche Ursachen erklärt werden wie etwa Fehler im Zählen und Verzeichnen der Anfälle, Verwechselung vollständiger Anfälle mit nicht vollständigen, Uebersehung von Complicationen oder unrichtige Schätzung zufälliger Erkrankungen u. s. w. In dem Falle könnte man mit gleichem Rechte die Aehnlichkeit der beobachteten Curven verneinen. Vergleicht man die Einzelcurven aller Epileptiker, so zeigt sich, dass jeder Epileptiker seine eigene von den übrigen sich unterscheidende Anfallscurve hat, bald sind die Schwankungen verfrüht bald verspätet und eine grössere Uebereinstimmung wird nur in den Monaten der grössten Maxima und Minima (Juli, November, Januar und Mai) beobachtet. Anders kann es auch kaum sein. Schon a

[3]) Curve 2 und 3.

[4]) Curve 3.
[5]) Curve 4, 5, 6, 7.
[6]) Curve 3.



priori ist es klar, dass jeder Epileptiker verschieden auf äussere Einflüsse reagiren wird, der eine schneller, der andere langsamer und es wäre sonderbar zu erwarten, dass z. B. auf eine Veränderung des Barometers alle Epileptiker ganz gleichzeitig reagiren sollten. In der allgemeinen Pathologie dürften schwerlich solche Beispiele zu finden sein. Die Phthisiker antworten auf die Witterungsveränderungen ceteris paribus nicht unmittelbar oder gleichzeitig durch Temperaturschwankungen, die Neurastheniker nicht durch ihre krankhaften Empfindungen u. s. w., jeder von ihnen wird auf seine Weise reagiren, nach der Zeit wie auch nach dem Grade der Erkrankung. Sehr wahrscheinlich ist die Annahme, dass für jeden Epileptiker ein normaler Gang der Anfallscurve existirt, der durch das Wesen des Processes, die Form der Krankheit und dergl., wie auch durch seine ganze Individualität bestimmt wird; und äussere Einflüsse, so weit sie auf den Epileptiker einwirken, werden nur diesen normalen Verlauf der Curve auf die eine oder andere Seite dem Aussehn nach verändern, ebenso wie Witterungswechsel das Aussehn der Temperaturcurve Schwindsüchtiger verändern. Aus diesem Grunde muss man bei der Erklärung der Abweichungen in den Anfallscurven nach Gruppen, wie auch bei der Erklärung der Anfallscurven jedes einzelnen Epileptikers bis zu einem gewissen Grade den Unterschied seiner individuellen Empfindlichkeit gegen äussere Einflüsse und vielleicht die Gruppirung nach den Krankheitsformen in Betracht ziehen. Wie dem auch sei, so steht die Thatsache fest, dass eine allgemeine Aehnlichkeit der Anfallscurven für die 3 Gruppen der Epileptiker zweifelsohne besteht und sich in den beiden Jahren wiederholt. Diese Aehnlichkeit zeigt sich ausserdem noch an den Tagescurven, welche die Bedeutung der Stunden des Tages für die Anfälle aufweisen [7]).

3. Dieser Umstand ist von grosser Wichtigkeit, da er uns ein Recht zur Annahme giebt, dass auch die Ursachen, welche auf die Häufigkeit der epileptischen Anfälle Einfluss haben, für alle Epileptiker gemeinsam sind.

4. Als solche gemeinsame Ursachen erwiesen sich meteorologische Einflüsse. Die Epileptiker verhielten sich ihnen gegenüber nicht indifferent sondern reagirten darauf durch Schwankungen in der Häufigkeit der Anfälle, was durch einen Vergleich der Anfallscurve mit der Curve gewisser meteorologischer Factoren, auf die wir sogleich kommen werden, und ferner durch die Wiederholung der Erscheinungen in denselben Monaten und Jahreszeiten bestätigt wird.

5. Die Gruppe der Epileptiker mit wahrscheinlich idiopathischer Epilepsie (9 Fälle) bilden in dieser Hinsicht keine Ausnahme, und die Curve dieser Gruppe ist überhaupt von demselben Character wie die allgemeine Anfallscurve und giebt die Ziffern: Sommer 133, Herbst 158, Winter 180 und Frühling 135. Aber welcher Unterschied zwischen diesen und den anderen Formen der Epilepsie in ihrem Verhalten zu meteorologischen Veränderungen bestand, — d. h. zwischen der Epilepsie auf dem Boden grober anatomischer Veränderungen im centralen Nervensystem einerseits und bei wahrscheinlichem Fehlen solcher Veränderungen andererseits, — muss unaufgeklärt bleiben.

6. Die Wirkung der verschiedenartigen meteorologischen Bedingungen, bald beständiger bald zufälliger, auf eine grosse Zahl Epileptiker mit verschiedenen Krankheitsformen und von verschiedener Individualität, bildet einen complicirten Process und die Abhängigkeit der Anfälle von meteorologischen Einflüssen muss daher an jedem derselben verfolgt werden und an jedem Epileptiker besonders, da jeder seine eigene, normale Anfallscurve hat.

[7]) Curve 8.

7. Der erste Platz unter allen meteorologischen Factoren, welche Einfluss auf die Häufigkeit der epileptischen Anfälle ausüben, gebührt dem Erdmagnetismus, und zwar in zwei Erscheinungen seiner Kraft: a) im normalen Verlaufe seiner Spannung und b) in Schwankungen dieser Spannung — der Amplitude. Beide Erscheinungsweisen der Kraft des Erdmagnetismus verhalten sich auf gleiche Weise zu den epileptischen Anfälle und zwar stehen sie in vollständig umgekehrtem Verhätnisse zu ihrer Häufigkeit, so dass einem Minimum der Spannung und einem Minimum ihrer Amplituden ein Maximum der Anfälle entspricht und umgekehrt, — ein Maximum der Spannung und Amplitude die Zahl der Anfälle auf das Minimum herabsetzt, so dass sie gleichsam hemmend auf dieselben einwirken. Ueber das Verhältniss der Spannung des Erdmagnetismus zu den epileptischen Anfällen muss man nach dem täglichen Verlaufe dieser Spannung urtheilen, als einer beständigen Grösse, welche stets und zu denselben Stunden des Tages ein Maximum und Minimum giebt und zwar für die volle Kraft: ein Minimum der Spannung gegen 11 Uhr Morgens, ein Maximum gegen 6 Uhr Abends, — das Mittel ungefähr um 7 Uhr M. und 3 Uhr Nachm. und eine geringe Veränderlichkeit im Lauf der Nacht, während die mittlere monatliche Spannung des Erdmagnetismus in Folge seiner «säcularen« Schwankungen, eine beständig wechselnde Grösse darstellt und zwar in ziemlich regelmässiger Progression auf die eine oder andere Seite hin von Monat zu Monat und von Jahr zu Jahr. Beim Vergleich der Spannungscurve des Erdmagnetismus nach den Stunden des Tages (dem Mittel aus den 2-jährigen Beobachtungen) mit eben solch einer Curve für die epileptischen Anfälle [8]) ergiebt sich ein absolut umgekehrtes Verhältniss: der grössten abendlichen Spannung (um 6—8 Uhr) bis 0,0075 Gauss'scher Einheiten entspricht das grösste Minimum der Anfälle — 140, der geringsten Spannung in den Morgenstunden (etwa um 11 Uhr) bis 0,0058 Gauss'scher Einheit — entspricht das grösste tägliche Maximum der Anfälle — 650. Was die Schwankungen der Spannung des Erdmagnetismus (die Amplituden) betrifft, so zeigt ihre Curve sowohl für die horizontale wie für die vertikale Kraft genau dasselbe scharf ausgeprägte umgekehrte Verhältniss zur Anfallscurve [9]) bei den kleinsten Schwankungen im Winter und Sommer (142 und 172) erhält man die grösste Zahl der Anfälle (2870 und 2410), und bei den grössten im Herbst und Frühling (195 und 181), die kleinste Zahl der Anfälle (2170 und 1930). Zwischen den magnetischen Erregungen (magnetischen Stürmen) und der Häufigkeit der Anfälle existiren dagegen augenscheinlich keine Beziehungen.

8. Die barometrischen Veränderungen hatten wenn überhaupt so doch keinen beständigen Einfluss auf die Häufigkeit der Anfälle, er war nicht scharf ausgesprochen und bezog sich etwa nur auf die äussersten Punkte des Barometerstandes und auf das Maximum der Schwankungen.

9. Alle übrigen meteorologischen Elemente hatten jeder für sich keine Bedeutung, und wenn sie etwa einen Einfluss ausübten so geschah es nur in dem Grade in dem sie alle (Temperatur und Feuchtigkeit der Luft, Niederschlag und Ausdunstung, Sonnenschein und Richtung und Stärke des Windes) unter einander und mit dem Barometer in Wechselwirkung stehen d. h. durch ihre Gemeinschaft. Dieselbe negative Bedeutung hatten auch die Mondphasen.

10. Auf welche Weise die meteorologischen Einflüsse und speciell der Erdmagnetismus auf den Epileptiker und auf die Häufigkeit der Anfälle einwirken, ist eine

[8]) Curve 9.
[9]) Curve 10 (11).

ganz offene Frage und es lässt sich voraussetzen, dass das Resultat dieser Wirkungen nur in Veränderungen des Verlaufes der normalen epileptischen Curve jedes Epileptikers besteht, bald in einer Vermehrung bald in einer Verminderung der Häufigkeit seiner Anfälle, abhängig von der mächtigen Wirkung äusserer Einflüsse einerseits, (ihrer Art, Summirung u. s. w.) und dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Organismus des Epileptikers andererseits, seiner individuellen Empfindlichkeit, der Form der Krankheit u. s. w.

11. Einzelne, kurzdauernde Veränderungen des Wetterstandes, wenn auch stürmische, äusserten kaum einen deutlichen Einfluss auf die Anfälle, jedenfalls beeinflussten sie nicht den Typus der Anfallscurve. Dieser hängt von dem Jahresgange aller meteorologischen Elemente insgemein oder einiger insbesondere und vorzugsweise ab, und daher müssen die epileptischen Anfälle nach den Monaten gruppirt werden im Sinne periodisch und regelmässig sich häufender Veränderungen d. h. im Sinne «der Jahreszeiten».

12. So erscheint[10]) als ungünstigste Jahreszeit für Epileptiker der Winter (2862 Anf.) etwas weniger ungünstig der Sommer (2397), während Herbst (2153) und besonders Frühling (1915) günstige Zeiten sind. Den typischen Ausdruck für die Jahreszeiten[11]), gaben einerseits die Monate Juli (908 Anf.) und besonders der Januar (1084), die Monate der grössten Maxima der Anfälle; der November (636) und besonders der Mai (527) dagegen — liessen die Zahl der Anfälle auf ihr grösstes Minimum heruntergehen. Ausserdem ist zu bemerken, dass die Vergrösserung der Anfallszahlen Winters und Sommers an einer kleineren Anzahl Epileptiker (22,0 und 21.5) im Mittel beobachtet wurde, die Verminderung im Frühling und Herst dagegen an einer grösseren (23,5 und 22,5).

Zum Schluss fasse ich die Resultate meiner Beobachtung in den zwei Hauptpunkten zusammen.

1. dass für das Auftreten der epileptischen Anfälle eine gewisse Regelmässigkeit und Gesetzmässigkeit besteht, und

2. dass der Erdmagnetismus einen bis jetzt unaufgeklärten doch unzweifelhaften und durchaus constanten Einfluss auf die Epileptiker, soweit er sich in Anfällen äussert, ausübt.

Die Frage über den Einfluss meteorologischer Bedingungen auf Epileptiker, welche einen Theil des umfangreichen Capitels der allgemeinen und Nervenpathologie über die Einwirkung der umgebenden Natur und der atmosphärischen Erscheinungen auf das Nervensystem des Menschen bildet, ist noch ganz neu und die Literatur über diesen Gegenstand noch sehr spärlich. Die Mehrzahl der Autoren verneint durchaus jede Normalität im Auftreten der Anfälle bei Epileptikern, andere beschränken sich auf kurze Hinweise und Vermuthungen, positive und negative. Wiederholte und langjährige Beobachtungen in dieser Richtung an verschiedenen geographischen Orten (isodynamisch in Bezug auf den Erdmagnetismns), wie auch vielleicht einige diesbezügliche Versuche über den Einfluss des Wirkungsfeldes grosser Magneten, würden nicht ohne Resultate bleiben, und würden mehr Licht über Beziehungen des Erdmagnetismus zur Epilepsie, und vielleicht auch zu anderen Nervenkrankheiten verbreiten, als es diese an Umfang und Zeit beschränkten Beoachtungen zu thun im Stande sind.

In Bezug auf das hier folgende Literaturverzeichniss bemerke ich nur, dass alle bisherigen Veröffentlichungen über unseren Gegenstand ausschliesslich auf Vermuthungen beruhen, die meist auch nur in aphoristischer Form geäussert werden.

[10]) Curve 4 und 7.
[11]) Curve 5 und 6.

Literaturverzeichniss.

1. Horn. Ueber Krankheitserzeugung durch erdmagnetischen Einfluss. München 1860.
2. Lombard. Climatologie médical. t. 1. p. 410.
3. Wattewille. Metalloscopy and Metallotherapy. Brain Journ. of neurolog. Jan. 1879. p. 544.
4. Wislizenius. Transactions of St. Louis Academy of Medicine.
5. Lombroso richtet die Aufmerksamkeit auf die Beziehungen des Barometers zu den epileptischen Anfällen.
6. Koster. Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins und verwandter Nervenzustände.
7. Bordie. Géographie médicale.
8. Nothnagel. Ueber den epileptischen Anfall. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. 1872.
9. Russel Reynolds. Epilepsie, ihre Symtome, Behandlung u. s. w. 1865.
10. Kaigorodoff Prof. richtet in seinen Artikeln über den Einfluss des Wetters auf Thiere und Menschen (russisch. Nowoje wremja 1894 Nr. 6426 und 1895 Nr. 6770) ganz besonders die Aufmerksamkeit auf die Wahrscheinlichkeit einer Einwirkung auf den menschlichen und thierischen Organismus von Seiten der elektrischen und magnetischen Ströme, welche atmosphärischen Erscheinungen und Witterungsveränderungen vorauszugehen pflegen, entweder als zufällige Ströme oder als reguläre, periodisch-tägliche.
11. Nishegorodzew. Ueber den Einfluss atmosphärischer Veränderungen auf Nerven- und Geisteskranke. Ausführlicher Bericht im Protokoll des V. russischen Aerztecongresses.

Zur Frage der Reorganisation des Sanitätswesens in Livland [1]).

Von
Dr. med. H. Truhart.

Die sanitären Zustände auf dem Lande haben in den letzten Jahren wiederholt Stoff zu eingehenden Besprechungen in unserer einheimischen Presse geliefert, immer lauter und stürmischer machen sich die Stimmen geltend, welche eine durchgreifende Reform auf dem Gebiete des Sanitätswesens verlangen. In neuester Zeit hat ein estnisches Blatt, die «Sakala», zwecks Gründung landischer Doctorate und Anstellung von Kirchspielsärzten in so dringender Form Forderungen an die Landeskasse gerichtet, dass der Local-College jenes Blattes, der «Felliner Anzeiger», sich veranlasst gefühlt hat, mit einer längeren Entgegnung zugleich das die Errichtung von Kirchspielsdoctoraten behandelnde «Normalstatut» zu publiciren, welches auf Anregung Sr. Excellenz des weiland Livländischen Gouverneurs Generallieutenant Sinowjew von dem Adelsconvent ausgearbeitet, vom Landtage im Jahre 1893 acceptirt und von der Gouvernements-Regierung nicht nur bestätigt, sondern auch per Circulär vom 2. November 1893 an die Oberkirchenvorsteherämter den resp. Kirchspielsconventen zur Annahme empfohlen worden war.

Laut diesem Normalstatut werden jedem Kirchspiel bei etwaiger Anstellung eines Kirchspielsarztes 1500 Rbl. für die Erbauung des Doctorats und 1000 Rbl, für die Errichtung des Krankenhauses ohne etwaige Verpflichtung der Rückzahlung aus der Landeskasse gewährt und dem Arzte ausreichende Garantien für seine Arbeit und seine Existenz geboten.

Der Artikel des «Fell. Anz.», welcher die leider viel zu wenig bekannt gewordenen sog. «Normalbedingungen» dankenswerther Weise publicirt, hat fast ausnahmslos in den deutschen Blättern unserer Provinzen vollständig, resp. theilweise seine Reproduction erfahren, und die «Düna-Zeit.» fügt der Wiedergabe des Normalstatuts hinzu, «dass aus letzterem unzweideutig erhellt, dass der Vorwurf, die Landeskasse verhalte sich reservirt, absolut unbegründet ist».

Und in der That, diesem von der nationalen und der russischen Presse erhobenen Vorwurf fehlt zweifellos jeder Boden. Die praktische Einführung aber dieser segensreichen sanitären Institution hängt nicht vom Landtage selbst ab, sondern

[1]) Nach einem im «Rigaer Tageblatt» erschienenen Artikel.



gehört, wie solches in § 1 des Statuts noch speciell hervorgehoben ist, zur Competenz der einzelnen Kirchspielsconvente.

Aber in allen Kreisen Livlands haben die resp. Kirchspielsconvente jenem neuzugründenden Institut gegenüber eine durchaus kühle Reserve an den Tag gelegt; denn Talkhof — im Jurjewschen Kreise gelegen -- ist, so weit mir bekannt, aus der Zahl der 103 zu Livland gehörenden Kirchspiele das einzige, in welchem gegenwärtig, und zwar auch erst nach langem Zögern und Sträuben und vor Allem nur dank der thatkräftigen und opferfrendigen Unterstützung durch den Patronatsherrn Grafen Manteuffel, die bisher daselbst bestehende Landarztstelle in eine Kirchspielsarztstelle im Sinne und auf Grund des Normalstatuts umgewandelt worden ist.

Bei dieser in der That mehr als auffallenden Erscheinung ist es sehr begreiflich, dass die Gouvernementsregierung neuerdings nochmals Veranlassung genommen hat, allen einzelnen Kirchspielsconventen die Frage zur Erwägung vorzulegen, ob es möglich und wünschenswerth erscheint, im Kirchspiele in Grundlage der durch das Circulär vom Jahre 1893 bekannt gemachten Bedingungen das Amt eines Kirchspielsarztes einzurichten, und dass dieselbe gleichzeitig die Einsendung der Abschrift des diesbezüglichen Convents-Protokolls, wobei ein etwa ablehnender Beschluss näher zu begründen sei, einverlangt.

Wenn in unserer Presse das Facit gezogen worden ist, dass in Livland «der Boden für eine gedeihliche Einführung der Kirchspielsärzte zur Zeit wenigstens nicht geebnet erscheint, so lange die auch Kronsgüter in sich schliessenden Kirchspiele nicht mit in die Reform hineingezogen werden dürfen», so lässt sich, wenn damit eine gedeihliche Durchführung dieser Institution im ganzen Lande gemeint sein soll, hiergegen selbstverständlich gar nichts einwenden; wenn aber aus der Resultatlosigkeit der erstmaligen Enquête auch in all' den übrigen Kirchspielen, in denen sich keine Kronsgüter befinden — und deren giebt es in Livland über 50 pCt. — die Schlussfolgerung gezogen wird, «dass ein zwingendes Bedürfniss nach der Neuerung überhaupt nicht vorliegt», so hat dieselbe nur den Schein des Rechts für sich und involvirt die grosse Gefahr, die öffentliche Meinung irre zu führen, indem sie allgemein der Auffassung Raum giebt, dass es «dem Anscheine nach» mit unserem Sanitätswesen auf dem Lande gar nicht schlimm bestellt ist. Einer solchen Anschauung und Verkennung der thatsächlichen Verhältnisse kann aber gar nicht ernst genug entgegengetreten werden, zumal in augenblicklicher Zeit, wo den Kirchspielsconventen unseres Landes von Neuem die verantwortungsvolle Pflicht obliegt, gewissenhaft abzuwägen, ob die sanitären Zustände auf dem flachen Lande, welche nach dem einstimmigen Urtheil aller Sachverständigen fast ausnahmslos auf jedem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege durchgreifender Reformen bedürfen, de facto «den Anforderungen genügen», welche der so oft und so laut gepriesenen Culturstufe unseres Landes, welche dem Bildungsniveau und dem Wohlstande seiner Bevölkerung entsprechen.

Themata aus dem Gebiete des Volksgesundheitswohls haben in hervorragendem Grade das Interesse und die Arbeit des nunmehr seit einem Jahrzehnt bestehenden Aerztetages in Anspruch genommen. In seinen alljährlichen Plenarversammlungen sowohl, wie in ad hoc gewählten Specialcommissionen ist derselbe bestrebt gewesen, Mittel und Wege ausfindig zu machen, um wenigstens den am grellsten hervortretenden Missständen entgegen zu treten. Zu wiederholten Malen hat der livländische Aerztetag es für seine Pflicht erachtet, nicht nur die Aufmerksamkeit der massgebenden Verwaltungsorgane unseres Landes auf die constatirten Mängel und Uebelstände hinzulenken, sondern auch gelegentlich der Landtage auf das Sorgfältigste und bis in's Detail ausgearbeitete Reformpläne nebst diesbezüglichen Petitionen der Livländischen Ritter- und Landschaft zu unterbreiten. Bei diesen Eingaben handelte es sich um die Frage der Irrenfürsorge, um den Kampf gegen die Volksseuchen: Lepra, Syphilis und Trachom, um die Reorganisation des Hebammenstandes, um die Einführung eines geordneten Hospitalwesens auf dem Lande, um die Anstellung von Kirchspielsärzten und Landhebammen, um die Organisation der obligatorischen Schutzpockenimpfung in den Landgemeinden, endlich auf dem soeben tagenden extraordinären Landtage um das Gesuch pecuniärer Unterstützung zwecks Ausbildung von Krankenpflegern für acute Geisteskranke, sowie um die Petition der Gründung einer Hebammenschule.

Ausnahmslos hat der Landtag die in jenen Gebieten herrschenden Nothstände zugestanden und die Reformbedürftigkeit voll anerkannt. Wenn nun den diesbezüglichen Petitionen des Aerztetages nicht in dem gewünschten und erhofften Umfange von Seiten der Livländischen Ritterschaft hat entsprochen werden können, so hat sich dieselbe hierbei von der Erwägung leiten lassen, «dass es bedenklich sei, im gegenwärtigen Zeitpunkt zu durchgreifender Abhilfe die Initiative zu ergreifen, indem die in Kürze bevorstehende Prästandenreform ganz besonders auf die Regelung des Sanitätswesens und die Verwaltung der diesem Zwecke dienenden landschaftlichen Institute höchst wahrscheinlich von tiefgreifendem Einfluss sein wird».

Dass es unserer Landesvertretung an «gutem Willen» nicht gefehlt hat, und auf der anderen Seite, dass es derselben auch an kraftvollem Können nicht gebricht, hierfür liefert vollgiltigen Beweis die Munificenz der Bewilligung der behufs Bekämpfung der Lepra einerseits und für Zwecke der Errichtung von Kirchspiels-Doctoraten und Hospitälern anderseits aus der Landeskasse zur Disposition gestellten Mittel. Bekanntlich hat der Landtag vom Jahre 1896 den Beschluss gefasst, die Unterhaltskosten für alle in den Leprosorien verpflegten, zu den livländischen Bauergemeinden gehörigen Aussätzigen aus der Kasse der Landesprästanden zu bestreiten. Laut dem soeben veröffentlichten Rechenschaftsbericht des Verwaltungsrathes des Lepravereins («Rigaer Tagebl.» Nr. 52 vom 5. März c.) giebt es gegenwärtig ca. 600 Lepröse dieser Kategorie. Wenn der Raum der in Livland bisher schon existirenden und noch zu errichtenden Leprosorien jene grosse Zahl von Leprakranken zu fassen vermöchte, so würde die Verpflegung dieser Kranken alljährlich aus der Landeskasse die Summe von (600 $\times$ 96 Rbl.) 57.600 Rbl. beanspruchen; im verflossenen Jahre (1897) hat sie für diesen Zweck im Ganzen 11,497 Rbl. 95 Kop. verausgabt. Fassen wir nun den Landtagsbeschluss vom Jahre 1893, welcher das Normalstatut für die Anstellung von Kirchspielsärzten in sich schliesst, in's Auge, so tritt die Munificenz der Willigung auch hier erst in's rechte Licht, wenn wir uns die in Betracht kommenden Zahlen vergegenwärtigen. In Livland giebt es insgesammt 103 Kirchspiele. Wie anfänglich in Aussicht genommen worden war, sollte das Normalstatut für ganz Livland massgebend sein; die praktische Einführung desselben hätte alsdann, da jedes Kirchspiel für die Erbauung eines Doctorats 1500 Rbl., für die Errichtung eines Krankenhauses 1000 Rbl. beanspruchen durfte, die Landeskasse mit einer einmaligen, nicht zurückzuerstattenden Zahlung von (1500 + 1000 $\times$ 103) 257,500 Rbl. belastet.

Die Bereitwilligkeit zu so exceptionell grossen, von der Gouvernementsregierung gleichfalls bestätigten Ausgaben aus Landesmitteln dient aber nicht allein zur Illustration der an den Tag gelegten Opferfreudigkeit unserer Ritterschaft, sie bietet, was im vorliegenden Falle schwer in's Gewicht fällt, zugleich die Gewähr dafür, dass die massgebenden Verwaltungsorgane des Landes in gleicher Weise wie unser livländischer Aerzteverein, welchen wir als die Instanz der Sachverständigen bezeichnen dürfen, von der Ueberzeugung durchdrungen sind, dass das Sanitätswesen in Livland von Grund aus einer Reorganisation bedarf.

Jenes vom Adelsconvent in umsichtiger Sorgfalt ausgearbeitete Normalstatut ist aber in ganz hervorragender Weise geeignet, als festgefugter Grundstock zu dienen zu allmählichem weiteren Ausbau eines stattlichen, wohlgefügten und gut ventilirten Gebäudes, in welchem die Fürsorge für das allgemeine Volksgesundheitswohl nach den verschiedensten Richtungen hin eine wohlorganisirte und dauernd gesicherte Heimstätte fände, denn — und das scheint mir von den livländischen Kirchspielsconventen sowohl, wie aber auch von unserer einheimischen Presse, wenn auch nicht gänzlich übersehen, so doch jedenfalls bei Weitem nicht genügend gewürdigt worden zu sein — dieses «Normalstatut» beschränkt sich nicht lediglich darauf, die materielle Grundlage für die Anstellung von Aerzten in allen Kirchspielen zu sichern, es strebt vielmehr zielbewusst schon jetzt eine radicale Reform des ganzen Medicinal- und Sanitätswesens auf dem Lande an, indem es zu gleicher Zeit

1) durch Gründung von zahlreichen Kirchspiels-Krankenhäusern und Anstellung von geschulten Krankenpflegerinnen der Landbevölkerung die Segnungen der heutigen Tages gar nicht mehr zu entbehrenden Hospitalbehandlung eröffnet;

2) die Thätigkeit der auf dem Lande praktisirenden Hebammen, Feldscherer und Pockenimpfer einer sachverständigen ärztlichen Controle unterwirft;

3) die ärztliche ambulatorische und stationäre Behandlung der armen, zahlungsunfähigen Klasse der Landbevölkerung ordnet und sicherstellt;

4) endlich die sanitäre Beaufsichtigung nicht nur der Krankenhäuser, sondern auch der Apotheken, Schulen, Armenhäuser etc. ermöglicht und regelt.

Der gegenwärtigen Nothlage der Aerzte auf dem Lande hat in allerjüngster Zeit in der «Düna-Zeitung» vom 26. Februar c. (Nr. 46) «ein livländischer Landarzt» in einem durchweg sehr beherzigenswerthen Artikel überzeugungsvollen Ausdruck verliehen. In schlichter, naturwahrer und lebenswarmer Schilderung der Zustände gelingt es ihm, mitten aus der Praxis heraus den Nachweis dafür zu liefern, dass, wenn auch die zeitweiligen Verhältnisse es nicht gestatten sollten, in grossem Styl eine Umgestaltung des Sanitätswesens im Lande herbeizuführen, es jedenfalls schon jetzt einem dringenden

Bedürfniss entspricht, dem «Normalstatut» gemäss wenigstens Kirchspielsdoctorate und Krankenhäuser zu errichten und Landhebammen anzustellen.

Auf allen übrigen Gebieten culturellen Lebens sind wir bisher in Livland, und zwar mit berechtigtem Stolz, gewohnt gewesen, ein Fortschreiten mit der Zeit zu constatiren; um so auffallender und befremdender berührt es, dass, trotz der grossartigen, geradezu epochemachenden Errungenschaften der Neuzeit in nahezu allen Disciplinen der praktischen Medicin, gerade die Fürsorge für das Volksgesundheitswohl bei uns immer noch so überaus stiefmütterlich bedacht ist.

Wie überall, so nehmen auch hier einzelne Kirchspiele, wie beispielsweise Alt-Anzen in Nordlivland und Sesswegen im Lettischen, rühmliche Ausnahmestellungen ein, indem es auf diesen Gütern, dank hochherzigen Stiftungen oder opferfreudiger Hingabe einzelner Grossgrundbesitzer für das Gemeinwohl, nicht nur gut dotirte Arztstellen, sondern auch zweckentsprechend eingerichtete Krankenhäuser, ja selbst Krankenpfleger und sogar gut geschulte Hebammen (rarae aves in Livland) giebt. Immerhin handelte es sich hierbei immer nur um ganz vereinzelte Ausnahmen, die allgemeine Organisation des Sanitäts- und Medicinalwesens auf dem Lande hat im Vergleich zu früher sogar noch Rückschritte gemacht; das lässt sich historisch nachweisen.

Die liberale Strömung der Zeitrichtung zu Anfang der fünfziger Jahre dieses Jahrhunderts regte in Livland unter Anderem auch den Sinn und das Verständniss für das allgemeine Volksgesundheitswohl an und so brachte denn der Landtag vom Jahre 1857 in Vorschlag, in Livland Kirchspielsärzte anzustellen, zu deren Salarirung die Höfe und Bauergemeinden der Krons- und Privatgüter durch Repartition besonderer Geldbeiträge herbeigezogen werden sollten. Nachdem dieser Vorschlag im damaligen Ostsee-Comité mehrfach beprüft worden, ward die Zuziehung der Kronsgüter zu den Unterhaltungskosten der Aerzte abgelehnt, dagegen die Einführung der erwähnten Massregel auf den Privatgütern, unter Genehmigung der hierüber durch die Civil-Ober-Verwaltung zu entwerfenden Regeln, gut geheissen und der desfallsige Comité-Beschluss am 16. März 1858 Allerhöchst bestätigt. Die hierauf nach stattgehabter Berathung mit der Adelsrepräsentation von Sr. Durchlaucht dem Herrn General-Gouverneur für die Privatgüter getroffenen Bestimmungen waren vom Ministerium des Innern unter dem 5. September 1859 Nr. 2273 bestätigt und durch die Livländische Gouvernements-Regierung bekannt gegeben worden. Nach diesen Bestimmungen hatten die Kirchspielsconvente per majora vota sowohl über die Frage der Nothwendigkeit der Anstellung der Landärzte, als auch über den Betrag der denselben zuzubilligenden Remuneration zu entscheiden (§ 2 jenes Statuts) und es galt bei der Gehaltsbestimmung des Arztes als unabweisliche Regel, dass der auf die Höfe fallende Zahlungsantheil dem auf die Bauerschaften fallenden mindestens gleich sein müsse und dass der letztere in keinem Fall den Betrag von 10 Kop. auf die Revisionsseele übersteigen dürfe (§ 4 jenes Statuts).

Trotz dessen, dass laut jenem Beschlusse des Ostsee-Comités den Höfen und Bauergemeinden speciell der Kronsgüter eine derartige ganz exceptionelle Steuerfreiheit eingeräumt werden musste, konnten immerhin die Privatgüter auch der Kirchspiele, in welchen solche vorhanden waren, sich zu dem gleichen Zwecke des sanitären Allgemeinwohls zusammenthun. Und so gelang es denn in Grundlage der oben aufgeführten Bestimmungen, in relativ nicht wenigen Kirchspielen Livlands, trotz häufigen Sträubens der Bauergemeinden, an dieser neugeschaffenen Ordnung mit theilzunehmen, per majora vota sogenannte Kirchspielsarztstellen mit einem für damalige Zeiten wenigstens nicht unansehnlichen Jahresfixum zu creiren, wobei gleichzeitig dem Arzte neben freier Praxis von Seiten der Gutsbesitzer auch ein Doctorat nebst Gartenland, Holz, Fourage für Pferde und Kühe etc., ja in vereinzelten Fällen sogar ein kleines, wenn auch primitiv eingerichtetes Krankenhaus nebst einer Haus-Apotheke zur Disposition gestellt wurde.

Und so entstanden denn jene altlivländischen Doctorate, in welchen der Kirchspielsarzt unter Beihilfe seines Famulus, dem die Verwaltung der Hausapotheke und des Krankenhauses oblag und der zugleich als Assistent bei Operationen, als Krankenwärter im Hospital und als Pockenimpfer der Gemeinden fungirte, sich seinem strapazanten praktischen Berufe wenigstens ohne Sorge für die Existenz und die Zukunft seiner Familie hingeben, die sanitären Bedürfnisse der Kirchspielsbewohner von Grund aus kennen lernen und den Familien der Gutbesitzer im edelsten Sinne des Wortes Hausarzt und Hausfreund werden konnte. Kirchspielsärzte in diesem Sinne sind heutigen Tages nur noch ganz ausnahmsweise in Livland zu finden. Und nicht etwa allein aus dem Grunde, weil die Bauergemeinden aus Sparsamkeitssinn und, wie die «Rig. Rundschau» zutreffend bemerkt, «in ihrer Bauernschlauheit» es verstanden haben, sich allmälig jeglicher regelmässigen Auflage für sanitäre Zwecke zu entziehen, sondern auch — weil es den Gutsbesitzern selbst, in denen nach dem Bauerlandverkauf und der Emancipation der bäuerlichen Bevölkerung zugleich mit dem Gefühl der Verpflichtung gewisser väterlicher Fürsorge allmälig auch das persönliche Interesse für die Gemeindeglieder mehr und mehr schwand, unnöthig erschien, dem sanitären Wohle des Kirchspiels weitere Opfer zu bringen; um so mehr aber glaubte auch der Gutsbesitzer sich auf eine nach eigenem Dafürhalten fixirte hausärztliche Honorirung des Landarztes beschränken zu können, da die durch die Eisenbahn verbesserten Verkehrsmittel ihm die Möglichkeit boten, in ernsten und schweren Krankheitsfällen sich der in den städtischen Centren befindlichen ärztlichen Hilfe zu bedienen: die Solidarität der sanitären Interessen des Kirchspiels war eben den Insassen desselben mit der Zeit abhanden gekommen.

Hieraus erklärt es sich, dass jene von Alters her stammende Institution, welche als der Anfang einer mehr geregelten Organisation des Sanitäts- und Medicinalwesens angesehen werden kann, nicht nur ganz in den Hintergrund trat, sondern auch so z. B. die Verpflichtung der Beisteuer von Seiten der Bauergemeinden fast in Vergessenheit gerieth; hieraus erklärt sich ferner aber auch die gegenwärtige Nothlage der Aerzte auf dem Lande, die, mit nur wenigen Ausnahmen, ihren Beruf entweder in vollständig freier Praxis oder aber in Grundlage eines Jahresfixums ausüben, das ihnen von einer kleinen Gruppe von Kirchspielseingesessenen, die sich zu einem Verbande zusammengethan haben, zur Disposition gestellt wird. Zahlen reden eine beredte Sprache; sie mögen auch die Nothlage der Landärzte illustriren. Bei einer von mir im Jahre 1891 gelegentlich eines anderen statistischen Themas bezüglich der Honorarfrage unter den damals auf dem Lande praktisirenden 70 Aerzten Livlands veranstalteten Enquête waren 61 präcise über alle einzelnen Punkte Auskunft ertheilende Antworten eingelaufen. Laut letzteren wurden 44 Landärzte im Jahresengagement von Gütern honorirt. Das Jahreshonorar betrug im Maximum 300 Rbl. (in 2 Fällen) und im Minimum 15 Rbl. (in einem Fall) — durchschnittlich 96 Rbl. 50 Kop. pro Gut. Auf diese Salarirung hin war der Arzt verpflichtet, nicht etwa die Familie des Gutsbesitzers allein, sondern auch alle übrigen zum Gute (Hofe) gehörigen Familien (Verwalter, Beamte, Fabrikarbeiter, Hofsleute) das ganze Jahr hindurch in jedem Krankheitsfalle zu behandeln, so dass sich das Jahreshonorar durchschnittlich auf 4—5 Rbl. pro Familie stellte, wobei Operationen ausdrücklich nur in sehr seltenen Ausnahmefällen extra honorirt wurden.

Ist man nun dessen eingedenk, wie körperlich und geistig strapazant sich die Ausübung des ärztlichen Berufes auf dem Lande gestaltet, da der Landarzt Tag für Tag — und wie häufig auch des Nachts — sich auf der Wagenachse befindet und da er, was noch weit aufreibender ist, in jedem Augenblick sich der vollen Verantwortung, in jedem Einzelgebiete der heutzutage gar nicht mehr zu beherrschenden praktischen Medicin au fait sein zu müssen, bewusst ist; erwägt man ferner, dass dem Arzt auf dem Lande nahezu in den meisten Fällen ein zweckentsprechendes, bei den heutigen Fortschritten der medicalen und operativen Therapie gar nicht zu entbehrendes Hospital, dieses zugleich auch so wichtige Hilfsmittel eigener wissenschaftlicher und praktischer Fortbildung, gänzlich mangelt; ferner, dass er Tag aus Tag ein sich der Situation gegenüber sieht, ohne jedwede geschulte Assistenz, in geburtshilflichen Fällen fast durchweg bei uns in Livland ohne Beihilfe einer Hebamme, eventuell lebensgefährliche Operationen ausführen zu müssen; zieht man endlich in Betracht, dass es von Alters her bei uns, und zwar nicht nur auf dem Lande, sondern auch in allen kleinen Städten als etwas ganz Selbstverständliches angesehen wird, dass der Arzt die Krankenbehandlung der grossen Masse der armen, ja aber auch der sog. «minderbemittelten» Bevölkerung unentgeltlich, resp. nahezu unentgeltlich besorgt, während in allen Culturstaaten oder grösseren städtischen Centren die Armenfürsorge zu den wesentlichsten Pflichten der Commune gehört, — so kann, Alles dieses erwogen, es wahrlich nicht Wunder nehmen, wenn der Landarzt, der ausserdem in jetzigen Zeiten überaus häufig darauf angewiesen ist, sogar seine Wohnung aus eigenen Mitteln zu bestreiten, unter so ungünstigen Verhältnissen und bei jenem beispiellos geringen materiellen Aequivalent, trotz anfänglicher jugendfrischer Begeisterung für den hehren ärztlichen Beruf, in relativ kurzer Zeit die Arbeits- und Schaffensfreudigkeit einbüsst und den Posten, den er vielleicht ein paar Jahre bekleidet hat, verlässt, um einen günstigeren Boden für sein Wirken zu suchen.

Die geschilderten «von Alters her stammenden Institutionen genügen» aber «allem Anscheine nach den Anforderungen, welche die Kirchspielseingesessenen an sie stellen: es liegt daher ein zwingendes Bedürfniss nach der Einführung der Neuerung für sie nicht vor.» Und in der That, die Kirchspielseingesessenen haben Recht;



denn die Erfahrung lehrt, dass, sobald eine Vacanz im Kirchspiel sich einstellt, sofort wieder beim «Kirchspielsärzteverbande» — diesem modern gewordenen Ringe aus neuerer Zeit — eine ganze Schaar eben von der Universität entlassener junger Doctoren sich meldet, welche in edler Begeisterung für den von ihnen erwählten humanitären Beruf und von schönsten Hoffnungen für die sich ihnen eröffnende Zukunft beseelt, gern bereit sind, ihre ganze Kraft in den Dienst der engeren Heimath zu stellen — allerdings, um nach Ablauf von einigen Jahren gleichfalls «von des Gedankens Blässe angekränkelt», enttäuscht und ernüchtert dem Beispiele ihrer Vorgänger zu folgen.

Ein solcher circulus vitiosus gereicht aber unserem Lande nicht zum Ruhm und dem Gesammtwohl der Landesbevölkerung zu schwerwiegendem, dauerndem Nachteil!

Nachdem der livländische Aerztetag privatim alle ihm zu Gebote stehenden Mittel, die hier besprochenen, zum Theil nur angedeuteten Uebel- und Missstände im Sanitäts- und Medicinalwesen Livlands zu beseitigen, erschöpft hat, nachdem desgleichen die competenten administrativen Körperschaften unserer Provinz, die Gouvernements-Regierung und der Livländische Landtag, auch ihrerseits die Uebereinstimmung ihrer Auffassung von dem gekennzeichneten Nothstande an den Tag gelegt haben, indem sie mit Kraft und Nachdruck durch tiefgreifende und grosse Geldopfer erheischende Reformen eine Reorganisation anzubahnen bestrebt sind, haben wir Aerzte nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, auch öffentlich in unverhüllter Gestalt jene Nothstände vorzuführen, damit auch die breite Schichte der Landbevölkerung sich voll dessen bewusst wird, was Noth thut. Bildet sie ja doch selbst in ihrer Repräsentation durch die einzelnen Kirchspielsconvente die Instanz, welche bei der praktischen Einführung jener ins Auge gefassten sanitären Institutionen das letzte, entscheidende Wort zu sprechen hat.

Sind unsere Bauergemeinden erst bereit und ernst entschlossen, die ihnen von der Landesvertretung mittels des «Normalstatuts» gebotene hilfreiche Hand zu ergreifen, dann haben wir, da die Beihilfe der übrigen Kirchspielsinsassen, der Gutsbesitzer, wohl als sicher erhofft werden darf, in dieser wichtigen Landesangelegenheit einen guten Schritt vorwärts gethan; denn handelt es sich dann auch erst nur um die Einführung der geplanten sanitären Reform in den Kirchspielen, in welchen sich keine Kronsgüter befinden, so schliessen diese immerhin mehr als die Hälfte aller in Livland befindlichen in sich und es lässt sich wohl mit Sicherheit erwarten, dass es alsdann dem gemeinsamen Vorgehen unserer Landesrepräsentation und der livländischen Gouvernements-Verwaltung gelingen würde, unsere Staatsregierung dafür zu gewinnen, das Veto des Domänenministeriums zu annulliren, welches die Absicht des verstorbenen livländischen Gouverneurs Generallieutenant Sinowjew, die Kronsgüter in gleicher Weise zur Repartition heranzuziehen, in letzter Stunde durchkreuzte.

Bei allendlicher Realisirung des «Normalstatuts», die eventuell auf obligatorischem Wege herbeigeführt werden müsste, hätten wir dank der Installirung von «Kirchspielsärzten» und dank der Gründung von landischen Doctoraten und Krankenhäusern für eine geregelte und eine den heutigen Ansprüchen mehr gerecht werdende Hilfeleistung der Landbevölkerung in Krankheitsfällen und dank den übrigen dem Kirchspiesarzte als solchem auferlegten sanitätsärztlichen Obliegenheiten auch bezüglich der bisher gänzlich mangelnden Organisation einer Volksgesundheitspflege auf dem flachen Lande viel gewonnen: es wäre die Basis geschaffen für den Ausbau und die weitere normale Fortentwickelung theils schon vorhandener, theils erst ins Leben zu rufender, im Dienste der öffentlichen Hygiene stehender sanitärer Institutionen.

Eine ganze Reihe anderer oben gekennzeichneter und von der Landesverwaltung gleichfalls anerkannter sanitärer Nothstände, deren Beseitigung nicht minder dringend geboten erscheint, bliebe freilich hierbei noch unberücksichtigt. Bei den diesbezüglichen Eingaben an den Landtag hat der livländische Aerztetag es nicht unterlassen, diese Nothstände in eingehender Weise klarzulegen und die Dringlichkeit ihrer Beseitigung zu begründen; es sind das Detailarbeiten, deren Wiedergabe an dieser Stelle sowohl Raum und Zeit verbietet. Nur die Frage der Irrenfürsorge kann ich hier freilich nicht ganz übergehen, da in den von einem «livländischen Landarzte» in der «Düna-Zeitung» Nr. 46 veröffentlichten Artikel sich ein augenscheinlicher Irrthum eingeschlichen hat, welchen bei der Wichtigkeit der Frage zurechtzustellen, mir Pflicht erscheint. Der Verfasser hebt nämlich, wie nachzulesen, unter den anzuerkennenden Fortschritten aus neuerer Zeit mit besonderer Betonung die Fürsorge hervor, welche den Irren bei uns zu Lande neuerdings zu Theil wird.

Wie mangelhaft und unzureichend aber es mit der Irrenfürsorge auf dem flachen Lande bei uns bestellt ist, das ist eine leider schon seit lange bekannte Thatsache. Neu und geradezu frappirend waren aber die Daten über die Dichtigkeit der Geisteskranken in Livland, wie eine solche aus den Diagrammen und der Karte hervorging, welche Dr. H. Dehio auf dem ersten Aerztetage zur Illustration seines Vortrages: «Statistische Untersuchungen über die Geisteskranken in Estland und Livland» demonstrirte; aus denselben resultirte, dass das Verhältniss von Geisteskranken zu Einwohnern in Livland sich wie 4,15 : 1000 gestaltet, während in anderen Ländern Europas 3 pro Mille das gewöhnliche Verhältniss ist. Nach der letzten Volkszählung hat ganz Livland eine Wohnbevölkerung von 1.300,640 Personen, unter denen nach jener Statistik sich gegenwärtig 5397 Geisteskranke befänden. Die Dringlichkeit der Regelung einer Fürsorge für die Geisteskranken auf dem flachen Lande ergiebt sich aus Folgendem: Das Collegium der «allgemeinen Fürsorge» in Livland ist nicht in der Lage, zufolge der geringen ihm nur zu Gebote stehenden Mittel für die Geisteskranken bäuerlicher Herkunft Sorge zu tragen, die psychiatrische Klinik in Jurjew hat nicht genügend, erst recht nicht dauernd Raum für solche Kranke, Rothenberg hat für das Contingent der Stadt Riga zu sorgen und ist überdies für die Landbevölkerung zu kostspielig, die Gründung einer ihr analogen Anstalt auch für das Land ist vom Landtage abgelehnt worden, an landischen oder städtischen Hospitälern, in welchen Patienten dieser Art zur Noth untergebracht werden könnten, mangelt es bei uns in Livland erst recht, — so befinden sich denn die Aerzte der kleinen Städte und des flachen Landes in der Zwangslage, die zahlreichen Geisteskranken entweder vollständig ihrem Schicksal zu überlassen oder aber im besten Fall dieselben in ihrer eigenen Häuslichkeit in ärztliche Obhut zu nehmen; hierbei stossen sie aber auf die gar nicht zu überwindende Schwierigkeit des Mangels eines geeigneten Pflegepersonals. Ein solches muss allmälig herangebildet werden und hat der letzthin stattgehabte livländische Aerztetag behufs dieses Zieles sich an den gegenwärtigen extraordinären Landtag mit der Petition gewandt, aus Mitteln der Landeskasse alljährlich eine Summe auswerfen zu wollen, welche dazu erforderlich wäre, Krankenpfleger in der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga auszubilden, ein Project, dessen Verwirklichung entgegengesehen werden darf, da die Stadt Riga hierzu in liebenswürdigem Entgegenkommen ihre wohlwollende Einwilligug gegeben, fernerhin der Director jener Anstalt, Herr Dr. med. Tiling, sich liebenswürdigst zu jener Mühewaltung bereit erklärt hat und mit Zuversicht vorausgesehen werden darf, dass auch unsere Livländische Ritterschaft dem edlen Beispiele der Kurländischen Ritterschaft, welche in überaus dankenswerther Munificenz ihre Mithilfe in vorliegendem Fall schon zugesagt hat, folgen wird.

In gleicher Weise liessen sich auch die anderen namhaft gemachten Nothstände auf dem Gebiete des Sanitätswesens in Livland illustriren, die angeführten Beispiele dürften indess genügen, um die Anschauung zu entkräften, «ein zwingendes Bedürniss zu sanitären Neuerungen» läge nicht vor, und mit Zuversicht dürfen wir uns der Hoffnung hingeben, dass die «in Kürze bevorstehende Prästandenreform» von tief- und durchgreifendem Einfluss in der Organisation des Sanitätswesens sein wird.

Referate.

V. Poulet: Ueber den Nutzen einer kurzdauernden Intubation bei der Larynxdiphtherie. Bull. gén. de Thérapeutique. 23. Févr. 1898.

In der Sitzung der Société de Thérapeutique vom 9 Februar berichtete Poulet über eine Methode der Intubation, wie sie in der Privatpraxis wohl anzuwenden ist. Seine Mittheilung betrifft 10 Fälle von Larynxdiphtherie, bei welchen er eine kurzdauernde Intubation des Larynx ausgeführt hatte. In 7 Fällen gelang es ihm dadurch die Kinder am Leben zu erhalten. In den drei übrigen Fällen erfolgte exitus letalis; davon bei einem während der Intubation, was P. geneigt ist nur dem für die Operation verpassten Zeitpunkt zuzuschreiben: Pat. befand sich bereits in der Agone. Eine eventuell gleich anzuschliessende Tracheotomie müsse stets dabei im Auge behalten werden. Der zweite Pat., zugleich an Masern erkrankt, erlag einer doppelseitigen Pneumonie, obgleich auch in diesem Falle die Intubation den erwünschten Erfolg zu verzeichnen hatte, welches letztere auch beim dritten, einem 12 monatlichen Kinde, der Fall war, das an einer Digestionsstörung starb.

Auf derartige momentane Intubation war bereits von Variot hingewiesen worden. Poulet möchte nun dank der von ihm gesehenen günstigen Resultate seine Methode warm empfehlen.

Die Intubation soll 1 bis 5 Minuten dauern. Von P. wurden zur Einführung in den Larynx benutzt entweder die O'Dwyer'schen oder die kurzen Tuben von Ferrand in Lyon, oder aber gebrauchte er, was er gerade empfehlen möchte, silberne

männliche Katheter Nr. 18—20, welche äusserst bequem zu handhaben sind. Die Spitze freilassend, wickelte er 3-5 millimeter darüber einen feinen Leinwandstreifen spiralig um, der mit einer Lapislösung durchtränkt wurde, zur Localätzung des Larynx. Gerade bei der Combination der Intubation mit der Aetzung, konnte er bisweilen schon nach einmaliger Ausführung der kurzdauernden Intubation ein dauerndes Schwinden der Stenose beobachten. Die Lapislösung stellte er sich jedesmal her, durch Auflösen eines kleinen Stückchens Argenti nitrici.
Hecker.

Mathieu: Neurasthenie und Arteriosklerose. (Bl. f. kl. Hydrotherapie. Nr. 10. 1897. Ref.).

Bei der Behandlung dieser häufig combinirt auftretenden Leiden legt Mathieu das Hauptgewicht auf hygienisch-diätetische Vorschriften. Die Kranken dürfen sich weder physisch, noch intelectuell überarbeiten und müssen sich so viel als möglich im Freien aufhalten. Die Nahrung sei nicht fleischreich; ganz ausgeschlossen sind solche Speisen, welche so häufig Toxine enthalten, wie Würste, Meerfische, Muscheln, Austern, Fasanen, Schwarzwild etc. Zu empfehlen sind gut gekochte, dünne Purées von Hülsenfrüchten, Milch, Milchspeisen und Eier. Liqueure sind natürlich verboten. Wein wird nur in sehr mässiger Quantität und stark mit Wasser verdünnt gestattet. In schweren Fällen und in Exacerbationsperioden giebt Mathien blos reines Wasser, indifferente Infuse oder Milch. Bei Cephaleia, Schwindel, Anorexie lässt er Milchcuren von kurzer Dauer machen. Auf regelmässige und ausgiebige Stuhlentleerung ist sehr zu achten. Tabakrauchen ist verboten. Um die Spannung der Arterien zu erniedrigen, wendet er etwas Jodnatrium an. Als unterstützende Behelfe empfiehlt Mathien je nach dem speciellen Falle laue oder kalte Bäder, Kohlensäurebäder und statische Electricität (Franklinisation).
Buch (Willmanstrand).

Krokiewicz und Batko: Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe im Harne als Modification der Ehrlichschen Methode mit Diazobensolsulphosäure. Wien. klin. Wochensch. Nr. 8 1898.

In letzter Zeit hat Ehrlich zum Nachweis von Gallenfarbstoffen im Harne eine Methode empfohlen, zu welcher ähnliche Reagentien wie bei der Diazoreaction angewandt werden sollten. Unabhängig vom ersteren kamen Krokiewicz und Batko, bei der Ausübung der Diazoreaction, auf eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe im Harne, welche sie nun gesonnen sind, obgleich sie von ihnen selbstständig entdeckt wurde, in Anbetracht des oben erwähnten Grundes als Modification der Ehrlich'schen Methode hinzustellen.

Es werden von ihnen 3 Methoden der Prüfung angeführt, von welchen nun hier die empfindlichste mitgetheilt werden soll, weil sie durchaus klinisch eine Verwertung verdient. Diese Methoden sollen bedeutend empfindlicher sein, als alle die bisherigen üblichen Reactionen auf Gallenfarbstoffe.

Zur Ausführung sind drei Reagentien nothwendig: A. 1%-ige wässerige Lösung von Acidum sulfanilic., B. 1%-ige wässerige Lösung von Natriumnitrit, C. Acidum hydrochl. conc. purum. A und B sind in vor Licht geschützten Gefässen aufzubewahren.

Die Prüfung führe man folgendermassen aus: man giesse in eine Eprouvette je einige Tropfen der Reagentien A und B (circa $^1/_2$ cm.³) und ebensoviel Harn ($^1/_2$—1 cm.³), dann einen Tropfen HCl, schüttle hierauf kurze Zeit durch, wodurch eine tiefviolette Färbung der Flüssigkeit entsteht, welche man sofort (muss rasch ausgeführt werden) mit destillirtem Wasser bis zur amethystvioletten Färbung verdünne. In Fällen von sehr geringen Quantitäten der Gallenfarbstoffe trete die amethystviolette Färbung nach einigen Minuten deutlich hervor. Diese violette Färbung halte längere Zeit unverändert an.

Zu den Versuchen ist frischer Harn zu verwenden, oder höchstens ein solcher, der vor zwei oder drei Stunden gelassen wurde.

Versuchsweise, um die Empfindlichkeit dieser Reaction im Vergleich mit der Gmelin'schen und derjenigen von Smith-Marechal zu prüfen, trat die genannte Reaction schon deutlich ein bei einer Verdünnung von Kalbsgalle von 1:500 Wasser, während Controllversuche mit den beiden genannten Methoden erst bei einer Verdünnung von 1:200 ein positives Resultat ergaben.
Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Singer: Aetiologie und Klinik des acuten Gelenkrheumatismus Wien und Leipzig, Verlag von Wilhelm Braumüller. 1898. 416 Seiten. Preis 6 Mark.

Der acute Gelenkrheumatismus gehört bekanntlich zu den aetiologisch noch nicht klargestellten Erkrankungsformen. Um der Frage näher zu treten, hat Verf. den Weg der bacteriologischen Prüfung des Harnes eingeschlagen, wie solches bereits andere Autoren für andere Infectionskrankheiten unternommen haben. — Die Gelenkaffectionen sieht Verf. nicht als das Wesentliche beim Rheumatismus an, sondern als solches ist die rheumatische Blutinfection aufzufassen; der Stammbaum des Rheumatismus wurzelt in der Pyämie, und das Blut und der Harn und andere Producte müssen daher a priori die typischen Krankheitserreger enthalten. In der That ist es dem Verf. denn auch gelungen durch seine zahlreichen eigenen bacteriologischen Untersuchungen des unter besonderen Cautelen entnommenen Harns nachzuweisen, dass beim acuten Gelenkrheumatismus durchgehends Mikroorganismen aus der Gruppe der Eitererreger angetroffen werden. Es handelt sich hier um die verschiedenen Arten des Staphylococcus pyogenes und des Streptococcus pyogenes, die ausser im Harn, noch im Blut und in Gelenken, Herpesbläschen etc. gefunden worden waren. — 60 Blutuntersuchungen gaben in 15% positive Culturergebnisse.

Das Buch zerfällt in einen bacteriologischen und einen klinischen Theil. Der erste bringt die Methode. die Technik, Krankengeschichten, Tabellen und die Kritik der Resultate. Im zweiten Theile wird der Gelenkrheumatismus als Infectionskrankheit und speciell als Pyämie beleuchtet. Ein grosses Literaturverzeichniss beschliesst diese mit viel Sorgfalt, Umsicht und Sachkenntniss zusammengestellte Monographie.
Kallmeyer.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 20. November 1896.

1. Dr. Fick hält den angekündigten Vortrag: Zur Indicationsstellung der Operation bei Pylorus-Erkrankung.
(Die Arbeit ist in extenso erschienen im Archiv für klinische Chirurgie. 54. Bd. Heft 3.)

Discussion:

Dr. Zoege: Die klinische Diagnostik der Magencarcinome lässt uns eigentlich ganz im Stich. Warten wir hierfür Palpabilität des Tumors ab, so ist es zu spät zur radicalen Heilung — die chemische Diagnostik, die anfangs Frühdiagnosen zu fördern schien lässt uns auch im Stich. Ja selbst die macroscopische Betrachtung des Präparates — natürlich auch die Autopsie — geben uns nicht stets einen klaren Aufschluss. Wie sollen wir da auf die Heilung der Pyloruscarcinome hoffen, wo alles auf eine Frühdiagnose ankommt. Meiner Ansicht nach ist der einzige Weg der, dass wir jede Pylorusstenose, jede Dilatation mit Hypertrophie — laparotomiren und stellt es sich heraus. dass die Resection ausführbar ist, so ist diese vorzunehmen und nicht die Enteroanastomose — die blos für die Fälle zu reserviren ist, in denen die Resection technisch nicht mehr möglich ist. Die Resection hat meiner Ansicht nach auch den Vorzug vor der Enteroanastomose bei gutartigen Tumoren (Ulcus etc.), dass sie normalere Verhältnisse schafft und im allgemeinen eine bessere Prognose bietet, keine weiteren Complicationen für später giebt. Ihren ganzen und vollen Werth wird die Resection aber den frühoperirten Carcinomen gegenüber zeigen, wo sie nicht mehr eine blos palliative Operation ist, sondern eine definitive Heilung erstrebt und erreicht. Das aber wird nur möglich werden, wenn der angedeutete Weg beschritten wird — d. h. die Stenose, nicht blos das Carcinom dem Messer überwiesen wird.

2. Dr. Graubner macht eine vorläufige Mittheilung über einen Fall von primärem Vaginalcarcinom. in welchem er nach dem Vorschlage von Ohlshausen die Exstirpation der ganzen Vagina mit dem Uterus ausgeführt hat.

Die Patientin 71 a. n. litt seit dem Mai 96 an dünnflüssiger, gelegentlich blutig verfärbter Absonderung aus den Geschlechtstheilen. Bei Explorationen, welche ein anderer College gemacht hatte waren erhebliche Blutungen aufgetreten. Patientin wurde mit Spülungen von Borsäurelösung ohne Erfolg behandelt. Am 17. October consultirte sie Gr., der bei der Untersuchung constatiren konnte, dass die Vaginalwand auffallend weich sich anfühlte, doch keine Unebenheiten aufwies und dass sie diffus geröthet war. Portio vaginalis normal Uterus senil involvirt, normal gelagert. Mit der Diagnose Colpitis wurde die Patientin entlassen, Spülungen mit Alaunlösung empfohlen und Wiedervorstellung nach einigen Wochen angerathen. Am 6. Nov. erschien die Patientin wieder ohne jegliche Besserung. Bei erneuter Exploration und Besichtigung der Vagina wird derselbe Befund constatirt wie früher, doch lösten sich bei derberem Abwischen der leicht blutenden Vaginalwand membranöse Partikel ab, die bei der mikroscopischen Untersuchung ein stark verdicktes Epithellager und darin eingesprengt typisch entwickelte Carcinomperlen zeigten. Die Diagnose wurde auf Carcinoma vaginae diffusum corrigirt und da sich keinerlei Grenzen der carcinomatösen



Partien marquirten die Exstirpation der ganzen Vagina mit dem Uterus beschlossen.

Die Operation wurde nach Ohlshausens Vorgang am 11. Nov. 97 ausgeführt. Der Damm wurde quer durchtrennt und stumpf die hintere Vaginalwand von der Rectalwand gelöst, der Douglas'sche Raum eröffnet, der Fundus uteri durch die Wunde gefasst und vorgezogen. Darauf wurden die sich präsentirenden Adnexe abgebunden und bis zur Gegend des Orificium intern. beiderseits abgetrennt. Durch einen Querschnitt auf die vordere Uteruswand wurde die Ablösung der Blase angebahnt. Darauf folgte ein Querschnitt ca. 1½ Cmt. hinter der Harnröhrenöffnung, dessen Enden durch mehr sagittal verlaufende Schnitte mit den Enden des ersten Querschnittes am Damm vereinigt wurden. Die Ablösung der Blase gelang durch stumpfe Präparation leicht. Doch musste um Raum zu schaffen jetzt die hintere Vaginalwand sagittal durchschnitten werden, wonach der Cervicaltheil des Uterus ausgeschält wurde und nach sagittaler Durchtrennung auch der vorderen Vaginalwand und mehrfachen Umstechungen die beiden so gebildeten Hälften der Vagina abgetragen werden konnten. Dauer der Operation 2½ Stunden.

In die röhrenförmige Wunde wurde ein steriler Gazetampon eingeführt. Die Operation wurde von der Patientin gut überstanden. Im weiteren Verlauf traten Temperatursteigerungen ein, deren höchste am 4. Tage nach der Operation 38,5 betrug. Zur Zeit befindet sich Patientin in fortschreitender Reconvalescenz.

Zum Schluss demonstrirt Vortragender die Präparate, den anscheinend völlig normalen Uterus, die beiden Vaginalhälften, an welchen sich beim Spirituspräparat deutlich leichte Auflagerungen erkennen lassen, und das mikroscopische Präparat von den abgelösten Membranen, welche zur Diagnose Carcinoma vaginae geführt hatten. (Der Fall wird später in extenso veröffentlicht werden).

Secretär: Kieseritzky.

Vermischtes.

— Die k. k. Gesellschaft in Wien hat in ihrer letzten Hauptversammlung Prof. Eduard Suess zum Ehrenmitglied, und Prof. Hans Buchner (München), Prof. Etteinach (Prag), Dr. Arnold Pollatschek (Carlsbad) und Dr. Bonnuzzi (Padua) zu correspondirenden Mitgliedern gewählt.

— Wie alljährlich, so wird auch in dieser Saison die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in Staraja Russa und Druskeniki Feriencolonien für Kinder beiderlei Geschlechts im Alter von 4—16 Jahren eröffnen. Pensionäre, die 70 Rbl. für die Saison zahlen, werden in unbeschränkter Zahl aufgenommen; gegen Zahlung von 35 Rbl. und als Stipendiaten der Gesellschaft kann nur eine begrenzte Anzahl aufgenommen werden. Die Verpflegung ist für Alle gleich. Es finden folgende Krankheiten Aufnahme: Scrophulose, Rheumatismus, Knochen- und Gelenkkrankheiten, Unterernährung, Uebermüdung und Neurasthenie. Bittgesuche sind bis zum 1. Mai in der Kanzellei der Gesellschaft (Дмитровскій пер. 15.) oder bei dem Präsidenten der Commission M. D. van Puteren Moika 52, einzureichen. — Spenden zum Besten der Colonien werden ebenda mit besonderem Dank entgegengenommen.

— Zum Osterfeste sind nachstehende Auszeichnungen Allerhöchst verliehen worden:

— Befördert: Zum wirklichen Geheimrath — der Ober-Medicinalinspector der Flotte, Ehrenleibchirurg des Allerhöchsten Hofes, Dr. Kudrin. Zum Geheimrath — der Arzt bei der Kaiserlichen Russischen Gesellschaft zur Rettung auf dem Wasser, Dr. Müller. Zum wirklichen Staatsrath — der Consultant für Chirurgie am St. Petersburger Marinehospital und Oberarzt der 18. Flottenequipage, Ehrenleibchirurg Dr. Murinow und der stellvertretende Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals und stellv. Medicinalinspector des Kronstädter Hafens Dr. Issajew, unter gleichzeitiger Bestätigung in diesen Aemtern.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adlerorden — dem Medicinalinspector des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria, Geheimrath Dr. Ssutugin. Dr. St. Annen-Orden I. Classe — dem Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals und Medicinalinspector des St. Petersburger Hafens, wirkl. Staatsrath Dr. Rambach. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Consultanten der Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Kernig. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Consultanten der Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Donberg, und dem Gehülfen des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals Staatsrath Dr. Cholschewnikow.

— Am 18. Februar beging der Oberarzt des Militärhospitals in Dwinsk (Dünaburg), Dr. A. J. Schtschastny, sein 30-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm eine Adresse von den Aerzten der 25. Infanterie-Division überreicht wurde. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 55. Lebensjahre steht und nach Absolvirung seiner Studien in Russland auch an ausländischen Universitäten (bei Koch, Hüppe, Cornil) gearbeitet hat, ist vielfach wissenschaftlich thätig gewesen, wovon gegen 50 Arbeiten, die er veröffentlicht hat, Zeugniss ablegen. (Wr.)

— Die ausserordentlichen Professoren der Moskauer Universität Bogosslowski (Pharmokologe), Bobrow (Leiter der chirurgischen Facultätsklinik), Pospjelow (Syphilidologe), Filatow (Pädiater), Korssakow (Psychiater) und Ognew (Histologe) sind zu ordentlichen Professoren auf den von ihnen eingenommenen Lehrstühlen ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich mit Genehmigung der Conferenz der genannten Academie die hiesigen Aerzte Dr. Paul Modestow (seit 1877 Arzt) und Dr. Robert Wreden (seit 1891 Arzt) als Privatdocenten habilitirt, ersterer für Geschichte der Medicin, letzterer für Chirurgie.

— Verstorben: Am 2. April in Riga der dortige praktische Arzt Dr. Nikolai Schwartz nach langem schweren Leiden im 46. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1876—83 studirte. Seit 1885 in Riga thätig, hatte er eine nicht unbedeutende Praxis sich erworben und erfreute sich als kenntnissreicher und im persönlichen Verkehr liebenswürdiger Arzt und Mensch bei seiner Clientel sowohl, als auch bei seinen zahlreichen Bekannten und Freunden herzlicher Sympathie. 2) In Witebsk der praktische Arzt Dr. Abraham Koroltschuk an Flecktyphus im Alter von 35 Jahren. In Minsk geboren und erzogen, widmete sich K. dem Studium der Naturwissenschaften an der Petersburger Universität und bezog dann als Candidat der Naturwissenschaften i. J. 1886 die Dorpater Universität um Medicin zu studiren. Nach Erlangung der med. Doctorwürde ebendaselbst, arbeitete er einige Zeit im hiesigen Institut für Experimental-Medicin unter Leitung des Prof. Nencki und veröffentlichte mehrere Arbeiten, die namentlich Fragen aus der physiologischen Chemie betrafen. Seit 5 Jahren war er als Arzt in Witebsk thätig, wo er sich grosser Beliebtheit erfreute. 3) In Wien der bekannte Pathologe, Professor Dr. Salomon Stricker im 64. Lebensjahre an der Folge von Acteriosklerose. Als Schüler und Assistent Oppolzer's wurde St. i. J. 1873 mit der Leitung des Instituts für experimentelle Pathologie, eine damals erst im Werden begriffene Disciplin, betraut und hat durch seine Arbeiten viel zur Entwickelung dieses Forschungsgebietes beigetragen. Als der Verstorbene am 1. März dieses Jahres sein 25-jähriges Professor-Jubiläum beging, wurde ihm von seinen Schülern eine Festschrift «dreissig Jahre experimenteller Pathologie» dargebracht.

— Dr. W. J. Simpson ist zum Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors M. Ch. Kelly auf dem Lehrstuhl der Hygiene an King's. College ernannt worden.

— Der Professor extraord. und Vorstand der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität Insbruck Dr. Lukasiewicz ist zum Leiter der dermatologischen Klinik in Lemberg berufen worden.

— Seitens der Krone ist der livländischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra ein Stück Land zum Bau eines Lepraasyls kostenfrei abgetreten und zugleich eine Unterstützung im Betrage von 20,000 Rbl. zu diesem Zweck bewilligt worden. Es ist dieses in Berücksichtigung eines Gesuches der obengenannten Gesellschaft erfolgt, welche ein neues Lepraasyl für 100 Personen einzurichten beabsichtigt, während sie nur über Mittel verfügt, die für etwa 25 Betten ausreichen würden. Das neue Leprosorium wird auf dem Kronsgute Saaremois im Tarwastschen Kirchspiel, wo viele Leprafälle nachgewiesen sind, errichtet werden.

— Der unlängst verstorbene reiche Kaufmann A. Ssaaikow hat der Stadt Moskau 25,000 Rbl. zum Unterhalt von 25 unentgeltlichen Betten in den städtischen Hospitälern und 4000 Rbl. der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau testamentarisch vermacht.

— Nach dem Bericht der St. Petersburger Stadtverwaltung waren im Jahre 1897 10 Arzte und 15 Aerztinnen als städtische Dumaärzte angestellt. Diese Zahl wurde, in Anbetracht der Zunahme der Infectionskrankheiten und speciell der Diphtherie, gegen das Ende des Jahres um 11 temporäre angestellte Aerzte vermehrt und zugleich das Personal der städtischen Schulärzte um 10 Aerzte zeitweilig vergrössert. Die Ambulanzen der Dumaärzte wurden i. J. 1897 von 156,849 Kranken besucht, welche 235,972 Male hinkamen. Im Hause wurden von den Dumaärzten 47,291 Kranke behandelt, wozu 64,639 Visiten gemacht wurden, darunter 1915 Visiten in der Nacht. In Summa wurden zu Hause und in

den Ambulatroien 204,140 Kranke unentgeltlich von den Dumaärzten behandelt. Die Behandlung eines jeden Kranken kam in der Ambulanz 20 Cop. und beim Besuch des Kranken im Hause 62 Cop. der Stadt zu stehen.

— Im Moskauer Findelhause wurden nach der «M. D. Ztg.», i. J. 1896 nicht weniger als 10,018 Kinder aufgenommen, so dass sich, die 738 vom Jahre vorher daselbst noch in Pflege befindlichen Kinder hinzugerechnet, die Gesammtziffer der dort i. J. 1896 verpflegten Kinder sich auf 10,756 belief. In den Dörfern um Moskau wurden im erwähnten Jahre 34,121 Findelkinder in der Altersstufe vom Säugling bis zum 21. Lebensjahre verpflegt. Die Sterblichkeit im Findelhause selbst betrug 37,43 Proc., in den Dörfern 13,77 Proc. Diese letztere Ziffer ist jedoch nur deshalb so gering, weil, wie schon erwähnt, unter die Findelkinder auch die dem Kindesalter und den dasselbe heimsuchenden Krankheiten entwachsene Pfleglinge des Findelhauses gerechnet werden. Von den als Säuglingen auf's Land abgegebenen Kindern starben im ersten Lebensalter durchschnittlich ca. 60 Proc. (i. J. 1896 sogar 63,01 Proc.) Die grosse Sterblichkeit im Findelhause selbst wird durch den Mangel von Ammen und der in Folge dessen nöthig werdenden Surrogate für die Muttermilch motivirt; auch dürfte der Umstand dabei ins Gewicht fallen, dass von der grossen Zahl ausgesetzter und dann dem Findelhause zugewiesener Kinder ein hoher Procentsatz in Folge von Frost Nahrungsmangel etc. schon stark gelitten hat und kaum mehr lebensfähig ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. März d. J. 8380 (131 wen. als in d. Vorw.), darunter 920 Typhus — (24 mehr), 792 Syphilis — (65 wen.), 140 Scharlach — (3 wen.), 161 Diphtherie — (10 wen.), 58 Masern — (1 wen.), und 52 Pockenkranke — (12 wen. als in der Verw.).

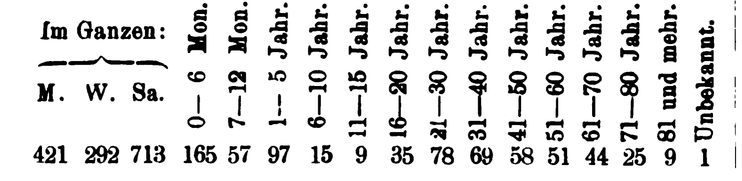
Am 3. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 7674 (706 wen. als in der Vorwoche), darunter 776 Typhus — (44 wen.), 669 Syphilis — (123 wen.), 130 Scharlach — (10 wen.), 146 Diphtherie — (15 wen.), 49 Masern (9 wen.) und 50 Pockenkrank (2 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. März 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:



Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
421	292	713	165	57	97	15	9	35	78	69	58	51	44	25	9	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 14, Scharlach 10, Diphtherie 15, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 5, Grippe 13, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 83, Todtgeborene 37.

Für die Woche vom 29. März bis 4. April 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
388	271	659	151	55	99	13	10	23	65	57	45	42	54	38	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 11, Scharlach 10, Diphtherie 15, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 75, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. April 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. April 1898.

SEE-BAD
HUNGERBURG

bei Narva, baltische Eisenbahn. 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. **Herrlicher breiter Strand 5 Werst lang,** 5☐ Werst Fichtenwald. **Absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik,** Lawn-Tennisplätze, **Parkanlagen.** Apotheke mit Lager **sämmtlicher Mineralwässer.** Apotheker-Magazin. Orthodoxe Kirche. Vorzüglich eingerichtete **Wasserheilanstalt** Wannen-, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder. Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen mit Abkühlung bis zu 4° R. Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer und statischer Elektricität, bipolare elektrische Bäder, Suspensionsbehandlung, Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Nähere Auskünfte ertheilen Herr Apotheker **Abrahamson,** Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug.** Wosskressensky Prosp. № 17 Q. 23, St. Petersburg. Montag, Mittwoch und Freitag 7—9 Uhr Abend's.

Sanatorium Birkenwerder

bei Berlin.

Physikalisch-diätetische Behandlung.

Dirig. Arzt: **Dr. med. Ziegelroth.**

Eröffnung Mai dieses Jahres.

Prospecte kostenfrei durch die Direction: **Fritz Scheller.**

(39) 15—3.

Klimatischer Wald-Curort, Kumys- und Wasserheilanstalt

„POGULJANKA"

Besitzthum des Grafen Plater-Syberg, 7 Werst von Dwinsk, auf dem hohen Ufer der Düna, in malerisch schöner, gesunder Gegend, inmitten eines alten, ausgedehnten Fichtenbestandes gelegen. Mit der Stadt Dwinsk Dampferverbindung. (Fahrzeit 20 Minuten, Preis 15 Kop.).

Saison vom 10. Mai bis zum 10. September.

Echter Kumys aus Stutenmilch. Wasserheilanstalt mit allen erforderlichen **Vorrichtungen, so z. B.:** Wannenbäder aller Art, Douchen verschiedener Systeme, **römische Bäder u. s. w. Moorbäder,** Massage und Gymnastik. — 3 grosse Pensionate **mit möblirten Zimmern.** Pensionspreis 1 Rbl. 50 Kop. bis 3 Rbl. pro Person und **pro Tag. Neu aufgebautes grosses 2-stöckiges Wintergebäude aus 30 Zimmern am hohen Ufer der Düna für gesunde Anreisende.** Apotheke, Restaurant, Musik und Theater. **Dr. Noischewsky's** grosse, neu eingerichtete Augenklinik mit beständigen **Betten. 82 im Walde isolirt gelegene,** vollständig möblirte Datschen mit Geschirr, **liegen verstreut und eignen sich** vorzugsweise für Familien. Genaue Auskunft **ertheilen: чрезъ гор. Двинскъ, на ст. Ликсна въ Администрацію «Погулянки»** oder **bis zum 10. Mai in St. Petersburg Dr. med. Arronet** (Знаменская ул. 38. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend um 1 Uhr). (44) 3—2.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Handbuch der Ernährungstherapie. Herausgegeben von **E. von Leyden.** Bd. I. Abth. 2. M. 5.—. Zusammengestellt von Prof. v. Leyden u. Dr. P. Jacob.

Diätbüchlein. 1 Exempl. 20 Exempl. 50 Exempl. 150 Exempl. 500 Exempl. M. 0.20. M. 3.60. M. 8.—. M. 15.—. M. 70.—.

Boas, Dr. J. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. I Hälfte: Allgemeine Diagnostik und Therapie. Mit 22 Abbild. M. 7.—.

Casper, Dr. Leop. Handbuch der Cystoscopie. Mit 57 Abbildungen und 7 Tafeln. M. 8.—. geb. M. 9.—.

Günther, Prof. Dr. C. Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. 5. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 90 Photogrammen. M. 12.—. geb. M. 13.50.

Kisch, Prof. Dr. H. Uterus und Herz in ihren Wechselbeziehungen. Mit 17 Curven. M. 3.—.

Placzek, Dr. S. Das Berufsgeheimniss des Arztes. 2 vollständig umgearbeitete Auflage. M. 3.—.

Dr. von Heinleth's

Chirurgisch-gynäcologische

PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in **grossem Garten** gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten **Kurmittel Reichenhall's** für Reconvalescenten u. **zur Nachkur** chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für **Kehlkopfleiden. Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik aufs vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — **Prospecte auf Wunsch.**

(40) 16—3.

Eine ausgelernte Schwester der Reichenberg-Mellinschen Heilanstalt empfiehlt sich als Krankenpflegerin.

Изм. полкъ 4-я рота. д. 7, кв. 12.

Констанція Шмидтъ.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Die Zuckerkrankheit
und ihre Behandlung

von

Prof. Dr. C. von Noorden.

Zweite vermehrte und umgearb. Auflage.

1898. gr. 8. Preis: 6 Mark.

Buchhandlung von

K. L. RICKER, St. Petersburg,

Newsky Prosp. № 14.

Neue Bücher:

Ангерштейнъ и Экклеръ, Домашняя гимнастика для женщинъ и дѣвочекъ. Перев. съ нѣмецк. Русск. изд. 2-е. Съ 55 рис. и 1 табл. 1898, Rbl. 1.25.

Гангхофнеръ, Ф., Серотерапія дифтерита. Перев. съ нѣмецк. (I-й вып. дополнительнаго тома. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней Пенцольдта и Штинцинга). 1898, Rbl. 1.00.

Ломброзо и Ферреро, Женщина преступница и проститутка. Переводъ съ итальянск. Съ 13 табл. Вып. 1. 1898. Цѣна за 3 выпуска Rbl. 2.50.

Первыя понятія о томъ, какъ живетъ наше тѣло и что для него полезно и вредно. 1898, Rbl. 0.20.

Плоссъ, Г., Женщина въ естествовѣденіи и народовѣденіи. Антропологическ. изслѣдованіе. Перев. съ 5-го нѣмецк. изд. 1898. Томъ 1. часть 1-я. Съ рис. и табл. Цѣна за 2 тома Rbl. 10.00.

Сабатье, А., Жизнь и смерть. Публичныя лекціи. Перев. съ франц. 1898, Rbl. 0.75.

Дозв. ценз. Спб. 13 Апрѣля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, 18. (30.) April **1898**

Ueber die Behandlung chronischer Herzkrankheiten mittelst Bäder und Gymnastik.

Von

Dr. Th. Schott.

Bad-Nanheim.

Es ist gerade ein Vierteljahrhundert verflossen, seitdem mein verstorbener Bruder, August Schott und ich gemeinschaftlich mit demselben begannen, chronische Herzleiden mittelst Bäder und Gymnastik zu behandeln. Während Beneke schilderte, wie warme Nauheimer Soolbäder nicht allein von Herzkranken gut vertragen werden, sondern auch beruhigend aufs Herz einwirken, ja sogar dass frische, durch acuten Gelenkrheumatismus entstandene Klappenexsudate ohne Schrumpfung zu hinterlassen resorbirt werden können, vermochten wir in einer Reihe von Arbeiten, von denen ich hier nur einige anführe [1]), zu zeigen, dass wir durch eine sorgfältig geleitete Badecur, die mit schwachen Soolbädern beginnend allmählich zu stark kohlensäurehaltigen Thermalsoolbädern (Sprudel- und Sprudelstrombädern) steigend, in Verbindung mit einer sorgfältig überwachten Gymnastik — Widerstands- oder Selbsthemmungsgymnastik — geradezu kräftigend auf das Herz einzuwirken vermögen, ja dass Bad und Gymnastik Tonica ersten Ranges für das geschwächte Herz sind. An der Hand von Krankengeschichten konnten wir den Nachweis liefern, wie unter der Einwirkung des Bades wie der Gymnastik das Herz zu ruhiger, starker Schlagfolge angeregt wird. Es liess sich eine fortschreitende rasche Verengerung des vorher dilatirten Herzens bei gleichzeitiger Erstarkung des Pulses und Abnahme aller Stauungserscheinungen constatiren. Die Aufgabe der Therapie liess sich als ein Problem der Muskelernährung bezeichnen; Steigerung der Hypertrophie, Verminderung der Dilatation war das stetige Ziel der Behandlung. Es bedarf wohl kaum des Hinweises, dass sich das auf das Gebiet sämmtlicher Herzkrankheiten erstreckt, denn die relative oder absolute Unzulänglichkeit der Herzmuskulatur ist der nothwendige und allgemeine Angriffspunkt, der vermehrte Muskelansatz (id est die Hypertrophie) ist das Ziel der ärztlichen Behandlung. Es folgten dann casuistische Beiträge, die den Gang der Behandlung schilderten und zugleich darauf aufmerksam machten, mit welcher Vorsicht der Arzt eine solche Bade- wie auch gymnastische Cur zu leiten hat, um mit Sicherheit Gefahren auszuschliessen. Es würde zu weit führen, den Gang der Behandlungsmethode hier nochmals des Näheren zu schildern, und verweise ich diesbezüglich auf unsere in der Berliner klinischen Wochenschrift 1880, 1883, 1885 sowie der deutschen Medicinalzeitung 1887 erschienenen Arbeiten. Ganz besonders möchte ich hierbei noch erwähnen, dass sowohl Bad wie Gymnastik, indem sie, Erstere auf dem Wege der sensilben, Letztere auf dem der motorischen Bahnen und zwar reflectorisch den Herzmuskel zur ruhigen, kräftigen, Contraction anregen, eine Blutdrucksteigerung hervorrufen. Wenn auch der auf diese Weise kräftiger werdende Herzmuskel befähigt wird, einen solch vermehrten Blutdruck zu überwinden, so ergiebt sich doch daraus auch wiederum, dass alle diejenigen Herzerkrankungen, bei denen eine und sei es auch nur vorüber-

[1]) Aug. Schott, die Wirkung der Bäder aufs Herz. Berl. klin. Wochenschrift. 1880. Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift. 1885. Die Bedeutung der Gymnastik für Diagnose, Prognose und Therapie der Herzkrankheiten. Verhandlung. der Gesellschaft für Naturf. und Aerzte in Strassburg 1885. Zur allgemeinen Pathologie der Herzkrankheiten. Ztsch. f. klin. Med. XII. H. 4.

Th. Schott, Beitrag zur tonisirenden Wirkung kohlensäurehaltiger Thermalsoolbäder aufs Herz. Berl. klin. Wochenschrift. 1883. Die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. Verlag von Grosser. Berlin 1887. Die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandl. Verhdl. des VII. Congr. f. innere Med. 1888. Neurasthenie und Herzkrankheiten. Dtsch. Medicinalzeitung. 1890. Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. Verlag J. F. Bergmann. 3. Aufl. Herzkrankheiten. Eulenburg's Real-Encyclopädie d. gesammt. Heilkunde. 1890. Herzneurosen. Eulenburg's Encyclopädische Jahrbücher. 1892. Neurasthenie und Herzkrankheiten. Dtsch. Medicinalzeitung. 1890. Zur Behandlung des Fettherzens. Dtsch. med. Wochenschrift. 1894. Ueber gichtische Herzaffectionen und deren Behandlung. Berl. klin. Wochensch. 1896.

gehende Blutdrucksteigerung von Gefahren begleitet sein kann, eine Contraindication für diese Therapie bieten. Hierher gehören in erster Linie alle Formen von Aneurysmen des Herzens und der Gefässe sowie auch hochgradige Arteriosclerose, bei der Letzteren insbesondere diejenigen Formen, bei welchen Apoplexie oder Embolie bereits vorausgegangen oder direct zu befürchten ist. Während andere Formen der chronischen Herzkrankheiten der combinirten Bade- und gymnastischen Behandlung zugängig sind, kann bei den letzterwähnten Zuständen nicht dringend genug vor einer kritiklosen Anwendung derselben gewarnt werden. Selbstverständlich giebt es auch bei den anderen chronischen Herzleiden Stadien der Erkrankung, in denen die uns hier beschäftigenden, physikalischen Behandlungsweisen nicht mehr zu nützen vermögen, während bei nicht zu weit vorgeschrittenen Processen diese Therapie nicht nur anwendbar ist, sondern auch noch da von Erfolg begleitet sein kann, wo die medicamentöse Behandlung bereits im Stich gelassen hat. Dabei hat die balneologisch-gymnastische Behandlung noch den grossen Vorzug, dass sie neben der günstigen Wirkung aufs Herz zugleich noch kräftigend auf den Allgemeinzustand der Kranken einwirkt.

Ursprünglich am meisten in Deutschland bekannt, fand zu meiner grossen Freude unsere Behandlungsmethode in den letzten Jahren gerade im Auslande vielfache Beachtung. Hierzu trugen ganz besonders die in englischer [2]), französischer [2]) und russischer Sprache bereits zahlreich erschienenen Arbeiten bei. Unter den Letzteren nenne ich ganz besonders diejenige von Rauschenbach im Wratsch Nr. 14—16; 1896 erschienen, sowie die vor etwa 2 Jahren durch Moritz und v. Dehn stattgehabte und in dieser Zeitschrift erwähnte Discussion im Verein der Petersburger Aerzte. All dies hatte zur Folge, dass nicht nur Patienten sondern vor Allem auch Aerzte aus Russland theils zur Behandlung ihrer eigenen Herzleiden, theils zum Studium in steigender Zahl zu mir kamen, und gerne entspreche ich deren Wunsch, hier über meine Röntgenexperimente zu berichten, welche ich seit Herbst 1896 anstelle, um den stricten Beweis von der Wirkung der Bäder und Gymnastik aufs Herz zu liefern. Eine derartige Beweisführung schien um so gebotener, als selbst Viele, die von dem therapeutischen Werth von Bad- und Gymnastik überzeugt, doch noch über die unmittelbare Wirkung der balneologisch-gymnastischen Behandlung im Unklaren blieben. Ich glaubte dies auf den Umstand zurückführen zu sollen, dass die Grösse des leichenstarren Herzmuskels gewöhnlich bei unseren Beobachtungen zu Grunde gelegt wird, sowie vor Allem auch auf die Mängel, welche unseren bisherigen Hilfsmitteln der physikalischen Diagnostik anhafteten. Ja, der Skepticismus ging sogar bei Einigen so weit, dass sie glaubten, es handle sich hier nicht um eine Wirkung aufs Herz selbst, sondern die Verkleinerung der Herzdämpfung käme durch Ueberlagerung der Lungen zu Stande, eine Annahme, welche sich, wie ich dies beschrieben habe, dadurch leicht widerlegen lässt, dass der unmittelbare Effect z. B. der Gymnastik ein Auf- und Einwärtsrücken (nach der Mittellinie des Körpers hin) des sicht- und fühlbaren Spitzenstosses zeigt bei gleichzeitigem Hinaufrücken des Zwerchfells und vollständigem Intactbleiben der hinteren oberen und unteren Lungenränder. Und doch schien es, als ob auch dieser Hinweis, und obgleich alle unsere bekannten Hilfsmittel der physikalischen Diagnostik wie Palpation und Inspection, Percussion und Auscultation, Sphygmographie und Sphygmomanometrie von uns für die Beweisführung herangezogen worden waren, doch noch nicht überall alle Zweifel beseitigt hätte.

Da kam die epochemachende Entdeckung von Röntgen. Sobald sich die Möglichkeit zeigte, das Herz mittelst X-Strahlen durch Radiogramme sowie auch mittelst des Baryumplatincyanürschirmes sichtbar zu machen, begann ich mit meinen Experimenten, bei welchen ich durch einige Collegen sowie vor Allem auch durch Professor Dr. Walter König, Director des physikalischen Instituts zu Frankfurt am Main in dankenswerther Weise unterstützt wurde.

Die photographische Aufnahme der Brustorgane Erwachsener machte anfänglich noch grosse Schwierigkeiten; deshalb wählte ich zuerst Kinder von 9—14 Jahren. In der letzten Zeit aber gestattete die Verbesserung des Instrumentariums auch die Aufnahme von Radiogrammen erwachsener Personen, über die hier weiter unten berichtet werden soll.

Da es sich in den nachfolgenden Untersuchungen um Veränderung der Herzfigur durch Bäder oder Gymnastik handelt, so musste ganz besonders dem Umstande Rechnung getragen werden, dass die Herzgrösse sich verändert, je nachdem die Lichtquelle zu der zu untersuchenden Person oder zur photographischen Platte sich ändert. Je näher dieselben zu einander heranrücken, um so grösser wird das Bild. Wollte man jegliche Fehlerquelle nach dieser Richtung also ausschliessen, so musste für jeden einzelnen Versuch die Entfernung zwischen Crooke'scher Röhre, zu untersuchender Person wie auch zur photographischen Platte stets dieselbe bleiben. Das liess sich auf folgende Weise zu Stande bringen. Die Versuchsperson lag auf einem einfach abgehobelten ungestrichenen, möglichst astfreien Tisch; ihre Position wurde genau auf der Tischplatte abgezeichnet, so dass bei der Wiederholung des Versuches dieselbe Lage wieder eingenommen werden konnte. Die Crooke'sche Röhre befand sich in einem Gestelle immer genau in derselben Lage unter dem Tisch; die photographische Platte trug ein Halter ebenfalls stets genau an derselben Stelle. Die ersten Aufnahmen erforderten stets 15—30 Minuten Dauer; in der letzten Zeit setzte uns die Verbesserung des Instrumentariums z. B. die Anwendung doppelseitig präparirter photographischer Platten sowie zweier Verstärkungsschirme in den Stand, die Aufnahme der Radiogramme schon innerhalb 1—2 Minuten zu beendigen. Die Unterbringung der photographischen Platte in einer festen Cassette sowie die Abkürzung der Versuchszeit ermöglichte es aber auch, die Personen im Stehen aufzunehmen. 4 Halter, den Patienten von vorn und hinten sowie von beiden Seiten fixirend, gestatteten es auch hier, immer genau dieselbe Position resp. dieselben Entfernungsverhältnisse einnehmen zu lassen. In allen Versuchen der letzten Zeit betrug die Entfernung von der Lichtquelle zur photographischen Platte $1/2$ Meter, da er-

[2]) Thorne, W. Bezly: The Schott methods of the treatment of chronic diseases of the heart. 3. Auflage. J. & A. Churchill. London und Lancet. 1894.
Broadbent, Sir William & Dr. John Broadbent: On treatment of chronic heart disease by the methods of Dr. Schott of Nauheim.
Saundby, Robert: The Nauheim (Schott) treatment of heart disease. Brit. med. Journal. 1885.
Smyly, Sir Philip: On the treatment of enlarged heart by certain movements as taught by Dr. Schott of Bad-Nauheim. Dubl. Journal. of Med. Science. 1894.
Babcock, Robert H.: The Schott method of treating chronic diseases of the heart by baths and gymnastics. Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1893.
Brunton, T. Lauder: The Harveian Oration. 1894.
Strainger Stewart, Sir Thomas & Bowles: On the treatment of heartfailure: Discussion published. Brit. med. Journal. 1896.
Greene, Richard: The Schott treatment for chronic heart diseases. The scientific Press. 1895.
Moeller: Du traitement des maladies du coeur par la méthode des Drs. Schott, de Nauheim. Verlag von A. Manceaux Bruxelles. 2. Auflage. 1893.
Pagenstecher, G: Du traitement balnéo-mécanique des maladies du coeur d'après la méthode des Drs. Schott (de Nauheim) Bullet. général de Thérapeutique. 1894.



fahrungsgemäss eine solche Distanz die natürliche Grösse wiedergiebt. Es bedarf wohl kaum des Hinweises, dass mit grosser Sorgfalt darauf gesehen wurde, dass während der ganzen Versuchszeit die Personen sich absolut ruhig verhielten. Ferner klebte ich in der letzten Zeit den Patienten Bleiplättchen auf die beiden Mammillae, die, da Blei für die X-Strahlen schwer durchgängig nunmehr auf dem Photogramme wie auch auf dem Durchleuchtungsschirme als schwarze Punkte deutlich sichtbar sind, und die nun sowohl eine ausgezeichnete Orientirung ermöglichen als auch jede Veränderung der Herzfigur, insbesondere auch den physiologischen Schwankungen gegenüber deutlich erkennen lassen. Sie dienen aber ferner auch als Beweismittel, dass der Patient jedes Mal dieselbe Stellung wieder eingenommen hat, denn jede Annäherung sowie Entfernung des Patienten zur Crooke-schen Röhre wie auch zur photographischen Platte würde sich durch gegenseitiges Annähern oder Entfernen der Orientirungspunkte markiren.

Bei meinen Photogrammen lässt sich nun leicht nachweisen, dass die jeweilig bei derselben Person vor wie nach der Gymnastik aufgenommenen Radiogramme die Bleiplättchenpunkte stets genau an derselben Stelle zeigen. Nimmt man nun noch den Verlauf der Rippen, der Wirbelsäule etc. für die Orientirung mit zu Hülfe, so lässt sich auch stricte nachweisen, dass von einer Veränderung der Position des Herzens nicht die Rede sein kann.

Für die Demonstration der Gymnastik sei folgender Versuch gewählt.

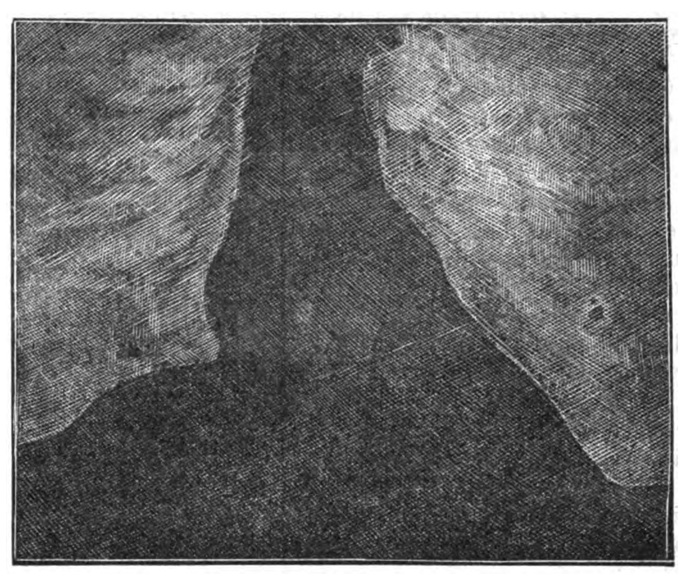
Es handelt sich um einen 44-jährigen Militärbeamten, der zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr eine ganz kurz dauernde Kinderkrankheit (?) gehabt, dann aber bis zu seinem 21. Lebensjahr gesund gewesen sein will. Während seiner Militärzeit nach einer starken Erkältung (Durchnässung bis auf die Haut) im 21. Jahre Polyarthritis acuta rheumatica mit hohem Fieber. Im 38. Jahr erstes Recidiv ebenfalls mit hohem Fieber, 6 Wochen dauernd. Im 39. Jahr Recidiv von 8 Wochen Dauer, bekam grosse Dosen Salicyl und Antipyrin, die, als sie, insbesondere das Salicyl. vom Magen nicht mehr vertragen, nunmehr per rectum gegeben wurden. Nach einem heissen Bade von 31° R. starker Collaps, danach längere Zeit gelbes Aussehen. Binnen wenigen Wochen war das Körpergewicht von 199 Pf. auf 160 Pf. gesunken. Eisbeutel aufs Herz, tonisirende Mittel und Einreibungen des ganzen Körpers mit Kampherspiritus sollen von gutem Erfolg begleitet gewesen sein. Erst bei dieser Gelegenheit sei von dem damals behandelnden Aerzte das Herzleiden constatirt worden. Patient will nie Syphilis gehabt haben, betont aber selbst, dass er früher starker Trinker (10—12 Glas Bier, einige Schnäpse und zeitweise grosse Mengen Grog täglich) sowie auch starker Raucher (10—12 Cigarren pro die) gewesen sei. Seit vielen Jahren klagt er über nervöse Symptome verschiedener Art, so ist es ihm unter Anderem unmöglich, über eine Brücke zu gehen, da er sofort von Platzfurcht befallen wird. Vor 2 Jahren begann von Zeit zu Zeit etwas Druck in der Herzgegend aufzutreten, der sich bald mehr und mehr steigerte, häufiger auftrat, hier und da auch mit Schmerzempfindung auf der Mitte des Sternums verbunden war. Zugleich trat etwas Athemnoth beim raschen Gehen oder Steigen auf. Herzklopfen will er jedoch nie verspürt haben. Im Herbste 1895 bei stärkerer körperlicher Anstrengung wieder mehrfache Durchnässung bis auf die Haut, von da ab wird der Druck auf der Brust häufiger und verlässt ihn nicht mehr.

Die locale Untersuchung zeigt bei einem etwas blass aussehenden, 172 Centimer langen Manne von 184 Pf. Körpergewicht eine starke Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, etwas auch nach links. Spitzenstoss in der Mammillarlinie fühlbar. Dabei besteht ein lautes systolisches Geräusch über der Herzspitze, 2. Pulmonalton accentuirt. Puls 82 in der Frequenz, etwas celer, Pulswelle nicht immer gleich, Arterienrohr durchfühlbar aber nicht eigentlich hart. Das Sphygmogramm zeigt deutlich die beginnende Rigidität; Pulsdruck (nach Basch) 180 Millimeter Hg.

Die Diagnose lautete: Insufficientia valvulae mitralis mit Dilatatio ventriculorum amborum cordis präcipue ventriculi dextri, Angina pectoris, Neurasthenie.

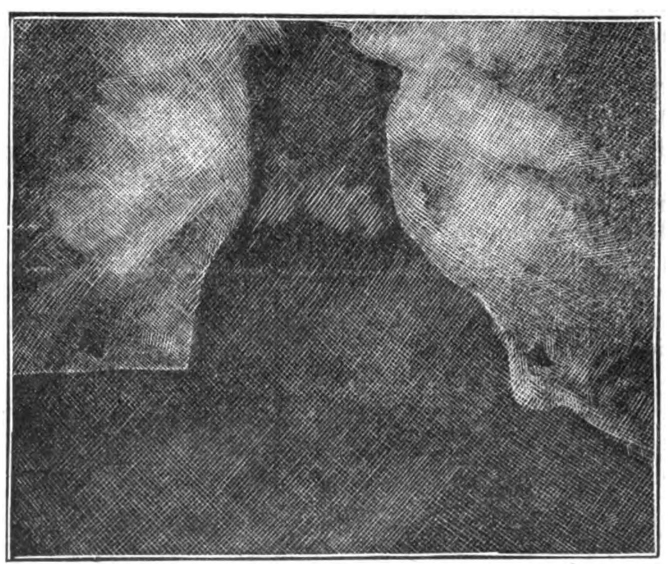
Es wurde mit einer schwachen bis mittelstarken Widerstandsgymnastik begonnen, die schon nach 2-wöchentlicher Dauer nicht nur eine Besserung des Allgemeinbefindens brachte, sondern auch den Druck auf der Brust etwas verminderte. Den Einfluss der Widerstandsgymnastik zeigen aufs Unzweideutigste die beiden Radiogramme (Fig. 1 und 2).

Fig. 1.



Vor der Gymnastik.

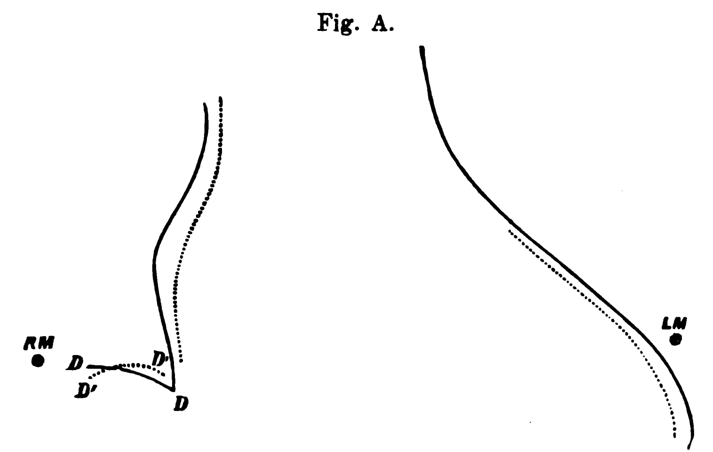
Fig. 2.



Nach $1/2$-stündiger Widerstandsgymnastik.

Es lässt sich und zwar noch ganz besonders mit Hilfe einer Durchpausung (Fig. A.) klar erkennen, wie das Herz sich von beiden Seiten contrahirt hat — man vergleiche nur wie die vorher mehr runde Form des Herzens in eine mehr abgeflachte übergegangen ist — und zwar hat im vorliegenden Falle der rechte Ventrikel eine stärkere Contraction erfahren wie der linke, was ja angesichts der bestehenden Mitralinsufficienz keiner weiteren Erklärung bedarf. (In anderen Fällen z. B. Aorteninsufficienz habe ich bei meinen

Fig. A.



—— Herzgrenzen vor der Gymnastik.
D——D Zwerchfellstand vor der Gymnastik.
········ Nach ½-stündiger Widerstandsgymnastik.
D'·······D' Zwerchfellstand nach ½-stündiger Widerstandsgymnastik.
RM = rechte, LM = linke Mammilla.

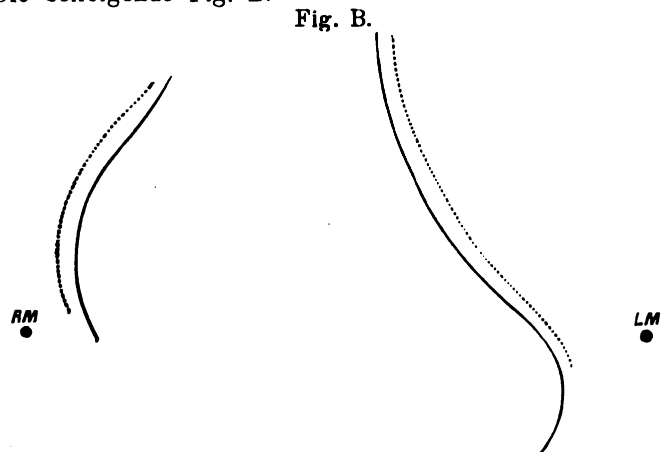
Röntgenexperimenten das umgekehrte Verhalten, nämlich die stärkere Contraction des linken Ventrikels gesehen und werde anderen Ortes darüber berichten). Es ist ferner, worauf ich noch ganz besonders aufmerksam machen möchte, das Zwerchfell in die Höhe gerückt, ein Beweis dafür, dass das verkleinerte Herz und Lungen auch nunmehr einen kleineren Raum im Thorax einnehmen. An der am stärksten contrahirten Stelle des rechten Ventrikels beträgt die Differenz 1,2 Centimeter, diejenige des linken Ventrikels 0,5 Centimeter, also zusammen 1,7 Centimeter.

In unseren früheren Arbeiten haben mein Bruder und ich mehrfach darauf hingewiesen, wie auf diese Weise die tonisirende Wirkung aufs Herz zu Stande kommt.

Sehr rasch und in unwiderleglicher Weise lässt sich die Herzverkleinerung mittelst Gymnastik ganz besonders durch den Baryumplatincyanürschirm direct ad oculos demonstriren. Zu diesem Zwecke habe ich auf den Schirm Gelatinepapier geklebt und auf dieses Letztere die Herzcontouren vor der Gymnastik mit schwarzer und nach der Gymnastik mit rother Tinte gezeichnet. (Im Drucke finden sich statt Letzterer punktirte Linien).

Stellt man die Versuchsperson zwischen C r o o k e'sche Röhre und Schirm, so lassen sich Herzcontouren, die durch Bleiplättchen gekennzeichneten Mammillae und Zwerchfellstand sehr deutlich abzeichnen. Jede Veränderung in der Stellung und Haltung des Patienten sowie auch jede Positionsänderung des Herzens lässt sich sofort mit Hilfe der Bleiplättchenpunkte deutlich auf dem Schirm erkennen und so bieten auch hier die Bleiplättchen die Controlle dafür, dass die Stellung und Entfernung der Versuchsperson zu Röhre und Schirm genau dieselben bleiben. Die beifolgende Fig. B.

Fig. B.



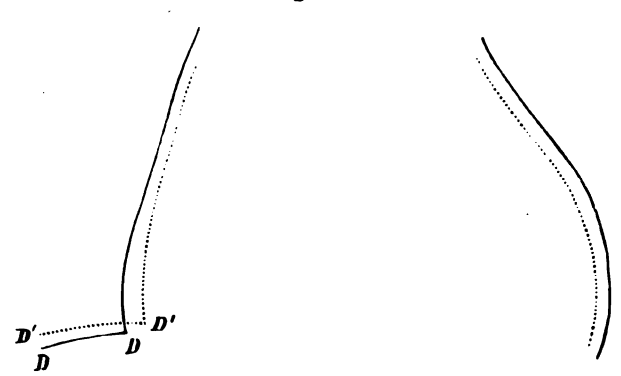
—— Herzgrenzen vor der Gymnastik.
········ Herzgrenzen nach der Gymnastik.
RM = rechte, LM = linke Mammilla.

zeigt die Wirkung einer ½-stündigen Widerstandsgymnastik bei demselben Patienten, von dem die beiden Radiogramme stammen. Solche unmittelbare Wirkung der Herzgymnastik habe ich vor einer Anzahl Professoren, Aerzten und Studenten seiner Zeit in Würzburg und später auch im Frankfurter physikalischen Institut demonstriren können.

Die Wirkung eines Nauheimer Sprudelbades der Quelle 7 von 10 Minuten Dauer bei einem 14-jährigen Mädchen mit Herzschwäche habe ich bereits im vorigen Frühjahre in der Deutschen medicinischen Wochenschrift durch den Abdruk von 2 Radiogrammen zeigen können.

Um lediglich den Badeeffect zum Ausdruck zu bringen, wurde das Kind zum und vom Bade zurück getragen. Das Herz contrahirte sich im Breitendurchmesser um nahezu 1 Centimeter wie dies die hier folgende durchpausung jener Radiogramme (Fig. C)

Fig. C.



—— Herzgrenzen vor dem Bade.
D——D Zwerchfell vor dem Bade.
········ Herzgrenzen nach einem Nauheimer Sprudelbade von Quelle 7, 31° C. 10 Minuten Dauer.
D'·······D' Zwerchfellstand nach einem Nauheimer Sprudelbade von Quelle 7, 31° C. 10 Minuten Dauer.

deutlich zeigt Der Augenblickseffect ist also, worauf wir ebenfalls seiner Zeit hingewiesen haben, nicht so gross wie bei der Gymnastik, hat aber dafür den Vortheil, viel längere Zeit anzuhalten, während der Gymnastik andererseits zu Gute kommt, dass sie öfters am Tage wiederholt werden und überall zur Anwendung gelangen kann. Selbstverständlich birgt eine combinirte Bade- und gymnastische Therapie beide Vorzüge in sich und dürfte aus diesem Grunde überall da, wo eine solche Indication vorliegt, am schnellsten zum Ziele führen.

Die vorliegenden Radiogramme (Photogramme und Herzgrenzenzeichnungen mittelst des Durchleuchtungsschirmes) sind nicht nur eine werthvolle Ergänzung unserer bisherigen Hilfsmittel der physikalischen Diagnostik, sondern sie zeigen uns auch in unzweideutigster Weise die Vorgänge, wie sie sich am Herzen unmittelbar abspielen. Auf diese Weise sind aber auch jedem Arzte die Mittel an die Hand gegeben, eine Controlle für die richtige Anwendung von Bad und Gymnastik bei chronischen Herzleiden auszuüben.

Referate.

J. S a s s e: Een pratje over Lintwormafdrijven (Bandwurmkuren). Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland. 1897. 14. August.

Verf. berichtet über die Methode der Bandwurmabtreibung der holländischen Aerzte de Man und Quanjer, die darin übereinstimmt, dass sie kein Ricinusöl als Laxans benutzen, weil dieses mit der Filicinsäure eine leicht resorbirbare Verbindung eingehe, welche die Vergiftungserscheinungen bewirke.

Quanjers Methode. Keine Vorkur. Der Patient bleibt im Bett bis der Wurm abgetrieben. Um 7 Uhr morgens 35—40

gram aq. laxat. viennensis. Die zu gebrauchende Filicinmenge ist 5 gram, vertheilt auf 8—10 Capsulae gelatinosae elasticae — harte Kapseln sind zu vermeiden. Um 8 Uhr nimmt er die ersten 2 Kapseln und so weiter alle 10 Minuten 2 Kapseln bis der Satz verbraucht ist. Jedesmal wird ein Schluck Portwein oder Madeira draufgetrunken, um Brechneigung zu vermeiden. Zwischen 10 und 11 Uhr erfolgt gewöhnlich Defaecation. Wenn nicht, so ist um 11 Uhr noch einmal 35—40 gram aq. laxat zu geben, doch ist dies selten nöthig. Ohne Ausnahme wurde so der Wurm mit dem Kopf abgetrieben.

De Man giebt am Tage vorher ein Laxans um die Skybala zu erweichen und das Suchen zu erleichtern und lässt am Abend keine Milch sondern Wein und Wasser trinken. Am nächsten Morgen um 8—½9 bekommt der Patient dann hintereinander 20—25 gram Extrt filic mar. äther. in Pillen oder Kapseln, bleibt im Bett und trinkt Wein oder Wasser dabei soviel er will. Ein Laxans wird meist nicht gegeben. Um 11 Uhr erfolgt in der Regel die Entleerung des Wurmes, worauf der Pat. aufstehen darf. 27 Fälle 27 Erfolge. Dass kein Mal Vergiftungserscheinungen auftraten erklärt Verf. durch Vermeidung des Ricinusöls.

In den Fällen, wo Filicin wegen zu starken Brechreizes nicht genommen werden kann, empfiehlt Verf. die Kupferkur von Hager-Schmidt:

Rp. Oxyd. nigr. cupri	6,0
Cretae praep.	2,0
Argillae alb.	12,0
Glycerini	10,0
ad pil Nr. 120.	

Hiervon werden eine Woche lang 4 Mal täglich 2 Pillen genommen und die zweite Woche 4 Mal täglich 3 Pillen. Zum Schluss der Behandlung eine kräftige Dosis Ricinusöl. Keine Vorkur, doch soll man sich der Säuren enthalten.

Buch (Willmanstrand).

I. Sömme: Om det nye Tuberkulin. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1898. Nr. 1. S. 69–76).

Verf. formulirt seine Schlüsse folgendermassen: Das alte und das neue Tuberculin gleichen sich so, dass die Unterschiede sich mehr auf die Quantität als auf die Qualität zu beziehen scheinen. In jedem Fall scheint die Wirkung des Tuberculin R in den bisher angewandten Dosen nicht auf Immunisation zu beruhen. Es scheint im Gegentheil, dass diese Wirkung einem verstärkten Blutstrom zu den tuberculösen Herden von torpider Natur zuzuschreiben ist. Es ist sicher, dass eine grosse Zahl der tuberculösen Prozesse zu ihrem Kampfe mit den Bacillen Zuzug frischen Blutes bedarf sowohl zur Bildung von Neoplasmen als auch zur Vernarbung, Resorption und Verkalkung.

Gegen die begrenzten Tuberculosen von sehr ausgesprochen chronischem Character kann das Tuberculin als sehr nützliches Mittel betrachtet werden. Aber wo es sich um einen notorisch entzündlichen Prozess mit oder ohne gemischte Infection handelt, ist stets die antiphlogistische Behandlung indicirt, d. h. es ist Ruhe, Bettlage oder Immobilisation zu empfehlen: das Tuberculin wirkt gerade im entgegengesetzten Sinne, es exacerbirt die entzündlichen Symptome und kann sogar eine Erweichung, die zu vermeiden gewesen wäre, hervorrufen, und Retention der erweichten von Bacillen inficirten Massen und die Verbreitung des Processes bewirken, womit gerade die Vorwürfe motivirt wurden, die man dem alten Tuberculin machte. Die zu behandelnden Fälle sind mit grosser Umsicht zu wählen; die Ordination ist sorgfältig zu überwachen und die Steigerung der Dosen muss viel langsamer vor sich gehen als Koch es vorgeschrieben hat.

Als parallele Effecte hat Verf. ausser den bekannten localen und allgemeinen Reactionen folgendes beobachtet: Er fand beständig, bei den meisten Patienten nach jeder Injection eine vorübergehende Vermehrung des Hustens und der Expectoration und zuweilen auch kleine Hämoptysen; er constatirte auch Céphalalgie, nervöse Erregung mit Schlaflosigkeit auch eine nervöse Erregung des Herzens, wenn die angewandten Dosen zu stark waren: er sieht sie für rein toxische Effecte an. Nach Ansicht des Verf. ist das Tuberculin ein werthvolles Mittel; aber man hat es gemissbraucht, indem man es zu ausgedehnt anwandte und die Dosen zu schnell vermehrte; ferner hat es, und nicht ohne Grund, viel von seinem Ruf verloren «in Folge seiner mangelhaften Zubereitung und der schamlosen Exploitation, zu der es Veranlassung gab».

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. A. Eulenburg. III Auflage. Band XIV. Wien und Leipzig, Verlag von Urban und Schwarzenberg 1897.

Unter den zahlreichen Artikeln dieses Bandes (Lungengangrän — Meatus) nehmen einen an Umfang und Dignität hervorragenden Platz: «Lungenschwindsucht» (Korányi), und unter den, den Magen betreffenden, besonders «Magenkrankheiten» (Ewald), «Magenneurosen» (Rosenheim) und «Magenuntersuchung» (Rosenheim). Besonders der letztgenannte Artikel wird in seiner Vollständigkeit allen Aerzten, die nicht die Möglichkeit haben immer grosse Specialwerke zu benutzen, von grösstem Nutzen sein. — Der XV. Band des monumentalen Werkes ist auch schon erschienen und werden wir über ihn nächstens kurz berichten. W.

Prof. Dr. Nasse: Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten. I. Hälfte. — Deutsche Chirurgie, Lieferung 66. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1897.

Das Buch ist ausgezeichnet geschrieben: knapp, klar und vollständig. Auch die practisch so wichtigen chirurgischen Kleinigkeiten an den Zehen und Füssen sind nicht vergessen. Die grosse eigene Erfahrung des Verf.'s spricht aus jeder Zeile. Mit Abbildungen, die z. Th. aus anderen bei Enke erschienenen Werken entlehnt sind, ist der Band reichlich versehen. Die vorliegende I Hälfte der Lieferung enthält die Besprechung der chirurgischen Krankheiten des Fusses und Unterschenkels incl. Kniegelenk. Die Ausstattung ist die allgemein bekannte und anerkannte.

Wanach.

Prof. Dr. Georg Dragendorff: Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten. Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Botaniker und Droguisten. Lieferung I. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1898. Preis 4 Mark.

Mit der vorliegenden ersten Lieferung dieses Handbuchs beginnt ein recht umfangreiches Werk über die Pflanzen, welche von den Menschen im Laufe der Zeit zu verschiedenen Zwecken ausgenutzt wurden, sei es als Heilpflanzen, diätetische oder Nahrungsmittel. In dem Buche sollen, wie es Verf. in der Einleitung sagt, über 12,700 Pflanzen Erwähnung finden.

Abgesehen davon, dass durch dieses Handbuch eine vorhandene Lücke auf dem Gebiete der Pharmakologie ausgefüllt wird – in den letzten vier Jahrzehnten ist kein diesbezügliches, die Heilpflanzen zusammenfassendes Werk erschienen — so kann es von allen, für die es bestimmt wird, nur mit Freude begrüsst werden, dass dieses Werk zum Verfasser einen so hochstehenden Gelehrten besitzt, wie es Dragendorff ist. In unserem Lande aber, in welchem Verf. die besten Jahre seines Lebens als Lehrer gewirkt hat, kann das Buch einer freudigen, einer warmen Aufnahme sicher sein.

Das ganze Werk, welches im bewährten Verlage von Enke erscheint, wird lieferungsweise herausgegeben und soll 5 Lieferungen umfassen. Hecker.

Dr. Ludwig Bruns: Die Geschwülste des Nervensystems. Mit 31 Abbildungen im Text. Berlin 1897. Verlag von S. Karger.

Der Schluss des verflossenen Jahres hat noch ein nützliches und treffliches Buch gezeitigt, welches hier kurz zu besprechen wir nicht unterlassen möchten. Das Bruns'sche Buch ist ein selbstständiges und recht umfassendes Werk über die Geschwülste des Nervensystems (Hirngeschwülste, Rückenmarksgeschwülste, Geschwülste der peripheren Nerven), speciell vom praktisch-klinischen Standpunkte. Das Grundprincip, welches den Verfasser bei Abfassung seiner klinischen Studie geleitet hat, ist der Wunsch, dass immer mehr Fälle von Geschwülsten des Centralnervensystems «möglichst frühzeitig und mit sicherer Diagnose, mit anderen Worten unter den günstigsten Bedingungen für eine radicale Heilung dem Chirurgen zugewiesen werden können». In diesem Sinne sind denn auch die Thatsachen hervorgehoben, die bei der Absicht operativer Eingriffe in theoretischer und praktischer Beziehung von Wichtigkeit sind. Ein Kenner des Gegenstandes, hat Verf. reichliche Erfahrungen in Form von kurzen Krankengeschichten und Bemerkungen in den Text eingeflochten und dadurch die Darstellung lebhafter gestaltet. Bei dem Bedürfniss nach Rathgebern in den Fällen von Geschwülsten des Nervensystems und bei den stets erneuerten Versuchen bei ihnen chirurgisch einzuschreiten zweifeln wir nicht, dass das Bruns'sche Buch seinen Weg gehen wird. K—r.

Prof. E. Rose: Der Starrkrampf beim Menschen. Deutsche Chirurgie. Lieferung 8. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1897.

Prof. E. Rose ist unstreitig der beste Kenner des Tetanus beim Menschen; schon deshalb muss sein Buch hervorragend interessiren. Dieses Interesse wird noch gesteigert durch die ungewönlich eingehende und kritische Verarbeitung seines eigenen grossen Beobachtungsmaterials und der umfangreichen Literatur, auch der älteren, in der der Verf. offenbar sehr belesen ist. Viel Leben bringt Rose auch durch die

immer bestimmte, oft auch scharfe, persönliche Stellungnahme zu Streitfragen in sein Buch hinein. Dass er dadurch den Leser zur Kritik, zuweilen auch zum Widerspruch, geradezu zwingt, kann man ihm nur zum Verdienst anrechnen. Es ist natürlich nicht daran zu denken, an dieser Stelle alle Einzelheiten zu besprechen — der Band ist 625 Seiten stark! Die Hauptsätze der Lehre Rose's sind überdies schon seit seiner ersten Bearbeitung des Gegenstandes allgemein bekannt. Einige Ausstellungen kann Ref. aber nicht unterdrücken.

Die erste betrifft mehr das Formale — die Nomenclatur. Es ist ja wohl zuzugeben, dass dieselbe eine kurze und vollständige Bezeichnung eines complicirten Krankheitsfalles ermöglicht, aber sie ist eckig und unschön, auch nicht ohne Weiteres verständlich; z. B. Tetanus lentus perfectus tardior aphagicus remorans, oder Tetanus capitis s. lentior perfectus tardissimus remorantior ambulans, oder T. rheumaticus repentinus vehemens celerior hydrophobicoides u. s. w.

Ein zweiter Einwand ist wesentlicher. Rose stellt ein scharf umschriebenes Schema auf, das ja gewiss als Gerüst zum Aufbau eines Lehrgebäudes sehr brauchbar ist; nur will es Ref. scheinen, als ob R. zuweilen der Doctrin zu Liebe den Thatsachen Zwang anthut, indem er das Schema zum kritischen Massstab macht, an dem der Werth von Beobachtungen anderer Autoren gemessen wird. Was nicht in das Schema passt, verwirft R., indem er daraufhin die Richtigkeit der Beobachtung oder der Deutung einer Thatsache bezweifelt.

Endlich scheint R. dem Ref. den werthvollen Arbeiten der Bakteriologen, die gerade für den Tetanus ausserordentlich viel geleistet haben, nicht genügend gerecht zu werden. Der Serumtherapie gegenüber verhält er sich vollständig ablehnend. Wenn auch die übergrossen Erwartungen, die Viele an die Serumtherapie geknüpft haben, stark enttäuscht worden sind, so ist es doch entschieden zu weit gegangen, ihr jeden praktischen Erfolg abzusprechen. Es muss ausserdem berücksichtigt werden, dass die bacteriologischen Arbeiten für Theorie des Tetanus und damit auch für die allgemeine Pathologie der Infections- und Intoxicationskrankheiten sehr werthvolle Beiträge geliefert haben, die, wenn auch mehr indirect, auch der praktischen Chirurgie zu Guten kommen.

Endlich wäre es sehr zu wünschen gewesen, dass dem Buch ein Literaturverzeichniss beigefügt worden wäre, wie es in den anderen Lieferungen der Deutschen Chirurgie der Fall ist.

Diese Ausstellungen verhindern nicht, dass Ref. das Buch auf's Wärmste zum genauen Studium empfiehlt. Schon als Gegengewicht gegen die vielleicht zu sehr theoretisirende Richtung der Experimentalpathologie wird es Nutzen bringen. Ferner ist das verarbeitete Material so ausführlich angeführt, dass Jeder es selbst nachprüfen kann. Endlich regt gerade die Darstellungsweise Rose's zur Kritik und zum Nachdenken an, und das ist ein unschätzbarer Vorzug. Das sind nicht die besten Bücher, die nur allgemein Bekanntes und Anerkanntes zum unzähligsten Mal wiederholen und durch glatte Form das Gehirn des Lesers in eine sanfte Passivität lullen!

Wanach.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 4. December 1896.

1. Dr. Zoege demonstrirt im Anschluss an den Vortrag Dr. Fick's 3 Patienten bei welchen die Pylorusresection resp. Pyloroplastik vorgenommen worden ist, indem er speciell auf die Tamponade aufmerksam macht, deren Einführung in die Abdominalchirurgie einen grossen Fortschritt bedeute.

Bei der 1. Patientin handelte es sich um einen Tumor der Magengegend welcher in der Gegend der kleinen Curvatur palpabel war. Im Magensaft freie Salzsäure vorhanden, Milchsäure fehlte. Bei der Operation fand sich hochgradige Verdickung der ganzen regio pylorica spec. des oberen Randes der kleinen Curvatur. Tamponade der Wunde, da die Gefahr vorlag, dass die Nähte des unteren Wundwinkels, dessen Schleimhaut sich schwer zurückdrängen liess, nicht halten würden. Verlauf normal bis auf 2 maliges Erbrechen und geringe Pulsbeschleunigung am 2. Tage. Am 4. Tage die erste Darmentleerung. Am 10. Tage Entfernung des Tampons, worauf sich geringe Mengen Magensaft entleerten (wahrscheinliche Folge mangelhaften Verschlusses des unteren Wundwinkels resp. Sprengung desselben bei Entfernung des Tampon's). Zwei Tage darauf hat sich die Wunde geschlossen. Ernährung geht glatt vor sich.

(Demonstration des dazugehörigen Präparates).

Der 2. Patient früher wegen Ulcus behandelt, kam stark reducirt, doch ohne Zeichen specifischer Cachexie zur Operation, Milchsäuregehalt des Magensaftes vermehrt, freie Salzsäure in Spuren. Die Palpation durch die Bauchdecken ergab kein deutliches Bild eines Tumors. Bei der Operation zeigte sich die vordere Fläche der Magenwand mit strahligen Bindegewebszügen und starken Schwielen bedeckt, die oben und hinten liegenden, dem Auge zunächst unzugänglichen Partien fühlten sich hart und infiltrirt an. Im Lig. hepato- sowie gastro-colicum einige vergrösserte Drüsen. Die Ausführung der Resection war sehr schwierig wegen der Verwachsungen. Es musste das Ligamentum hepato-gastricum, sowie ein Theil des Pancreaskopfes entfernt, einzelne Aeste der Vena portae unterbunden werden. Nach Entfernung der krankhaften Theile erweist sich die Lücke zwischen Magen und Duodenum als zu gross, um eine Vereinigung der Theile auszuführen, weshalb die Gastroenteroanastomose vorgenommen wird. Wegen Gefahr der Nachblutung tamponirte Vortragender auch hier und zwar kam der Tampon auf den Pancreaskopf und wurde durch eine seitlich in der Bauchwand angebrachte Wunde herausgeleitet. — Wundverlauf bis auf einmalige geringe Collapstemperatur und eine kleine Aetherpneumonie normal. Am 9. Tage Entfernung des Tampons, worauf geringe Mengen Galle abflossen. Augenblicklich hat sich die Tamponwunde schon fast völlig geschlossen.

Demonstration des Präparates: in der verdickten Magenwand 3 Ulcera deren eines sehr tief, der Perforation nahe ist, von derben Schwielen umgeben. Die microscop. Untersuchung steht noch aus, doch vermuthet Z. dass es sich um Ulcus allein handelt.

Bei der 3. Patientin handelte es sich um eine Schwefelsäureverbrennung des Oesophagus und Pylorus, in Folge dessen hochgradige Stenose beider Theile. Während der Entwicklung und des Bestehens der Stenose ist Pat. auf's Aeusserste in ihrem Ernährungszustande herabgekommen. Bei der Operation zeigte sich der Pylorus hochgradig stenosirt, weshalb die Pyloroplastik nach Mikulicz vorgenommen wurde. Die Erweiterung der Oesophagusstrictur geschieht augenblicklich von der Magenfistel aus.

Die Magenfistel wurde nach der Methode Kaders angelegt, welche im Gegensatz zu den früheren Methoden eine Einstülpung der Magenschleimhaut anstrebt. Die Auskleidung des Trichters der Fistel besteht dann aus Serosa und hat den Vortheil grosser Tendenz zur Verwachsung.

Im 4. Fall handelt es sich um eine Messerstichverletzung im 11. Intercostalraum. Pat. ein Knabe von 14 Jahren kam recht anämisch in's Hospital, in der Wunde vorgefallene Netztheile unter welchen lebhaft Blut hervorsprudelte. Der ursprüngliche Schnitt wurde erweitert, nach Fixirung des vorgefallenen Netzes zunächst ein stärkerer Muskelast unterbunden, die 11. Rippe resecirt und die Art. intercostalis unterbunden. Im Abdomen fand sich reichliches Gerinnsel, welches die Milz, die auch noch vom Stiche getroffen war deckte. Auch hier wurde die Jodoformgazetamponade angewandt.

Verbandwechsel vor den Anwesenden, wobei Dr. Z. auf die Mengen Blut resp. Wundsecret aufmerksam macht, die vermittelst des Tampons aus der Abdominalhöhle geschafft worden sind, während sie bei event. Vernähung der Wunde daselbst zurückgeblieben wären, ein günstiger Nährboden für pathogene Keime.

Zum Schluss hebt Vortragender nochmals die Vortheile der Tamponade hervor, welche von Mikulicz in die Abdominalchirurgie eingeführt worden ist. Sie beseitigt die Gefahren einer Nachblutung und leitet eine Menge Secret aus der Abdominalhöhle, das sonst in derselben verblieb. Ihre Einführung in die Chirurgie hat wesentlich dazu beigetragen die Grenzen der Eingriffe am Abdomen zu erweitern. Vortragender hat in den letzten Jahren alle Abdominalverletzungen so behandelt, wobei Verletzungen der Leber, des Darm's, der Milz etc. in Betracht kamen. Der Ausgang ist stets ein günstiger gewesen, bis auf einen Fall, wo es sich um 11 Stiche in den Unterleib handelte mit mehrfacher Perforation des Darmes, deren eine leider nicht gefunden worden war.

Discussion.

Kessler weist auf die Erfolge seit Anwendung der Tamponade in der Gynäkologie, wobei die günstigsten topographischen Verhältnisse vorliegen: Eröffnung des tiefstliegenden Theils des Abdomen und dementsprechend leichtester Abfluss etwaigen Secretes. Nach seinen Erfahrungen ist der Verlauf um so günstiger, je reichlicher anfangs der Abfluss in den Tampon und es ist oft erstaunlich, welche Mengen Secret abgeleitet werden.

Lezius fragt wie lange die Tamponade üblich sei.

Zoege: allgemein eingeführt ungefähr seit 1887, in der Gynäkologie schon früher angewandt, jedoch zum Zweck der Blutstillung.

Z. betont ferner die Bedeutung der Tamponade bei Behandlung der Peritonitis. Im laufenden Semester hat er 3 Fälle eitriger Peritonitis so behandelt, in 2 Fällen einen günstigen Ausgang erzielt.

2. Dr. Ströhmberg spricht über das Abfuhrwesen Dorpat's.



Vor c. 25 Jahren galt in Bezug auf die Abfuhr noch das Schwemmsystem als das Ideal. Es war die Zeit als auch Virchow sich mit der Frage beschäftigte und die Erfolge in England, wo nach Durchführung einer geordneten Canalisation Morbilität und Mortalität um ein Bedeutendes abgenommen hatten, grosses Aufsehen erregten. Dabei wurde jedoch ein Factor ganz unberücksichtigt gelassen: der Werth der Düngstoffe für die Landwirthschaft. Derselbe kommt in England, wo die absolute Stadtbevölkerung die Landbevölkerung übertrifft, weit weniger in Betracht als in anderen Ländern, weshalb sich auch Virchow später so stellte, dass er für grosse Städte das Schwemmsystem, für kleine das Abfuhrsystem befürwortete. Es sei hier darauf hingewiesen, dass Virchow schon damals sein Bedauern darüber äusserte, dass es für Berlin noch nicht Brunnenwasseruntersuchungen gäbe, wie sie für Dorpat weil. Prof. C. Schmidt ausgeführt hatte. Sie werfen ein klares Licht auf den Grad der Bodenverunreinigung mit Abfallstoffen.

Das Ortsstatut unserer Stadt vom Jahre 1882 bestimmt dass die Senkgruben wasserdichte Wände und Böden haben müssen. Wie wenig dem die Thatsachen entsprechen, beweist nicht nur der Gehalt des Dorpater Normal- sowie Embachwassers an SO_3 Cl., Salpetersäure und Ammoniak, sondern auch der Umstand, dass gewisse Krankheiten wie der Abdominaltyphus, die von der Bodenbeschaffenheit abhängig sind, bei uns endemisch sind. Auch die Recherchen während der letzten Choleraepidemie haben unhaltbare Zustände zu Tage gefördert.

Abfuhrzwecken dienen bei uns 1. stellweise eine sehr mangelhafte Canalisation 2. pneumatische Fässer und offene Kasten. Dorpat hat nun 40.000 Einwohner, die nächste Zählung ergiebt wohl mehr. Eine solche Bevölkerung producirt im Jahre gegen 47 Million. Pfund resp. 368000 Cubikfuss Excremente (3 Pfund pro Kopf und Tag gerechnet). Erfahrungen welche in Deutschland in Städten mit mangelhaften Gruben-einrichtungen gemacht sind. lehren, dass nur c. 30% zur Abfuhr kommen, während 70% in den Boden übergehen, denselben verunreinigend. In Dorpat müssen dementsprechend 204,000 Cubikfuss zur Abfuhr kommen, nach Angabe des Podrettunternehmers in Jama sind es jedoch nur 175,000 im Jahr. Die Abfuhr geschieht in 12 pneumatischen Wagen und 6 offenen Kasten, wobei 18 Pferde und das bedienende Personal beschäftigt sind.

In den letzten Jahren scheint eine geringe Besserung in dieser Beziehung eingetreten zu sein, doch muss das Verfahren noch als sehr primitiv bezeichnet werden, z. Th. wegen der mangelhaften Grubeneinrichtungen und weil in dieselben ungehörige Dinge (Scherben etc.) hereinkommen, die nicht pneumatisch eingesaugt werden können. Nur in wenigen Häusern ist das Tonnensystem durchgeführt, so im Stadthospital. Seit Einführung desselben stellt sich die Abfuhr billiger als früher, selbst wenn man die Verzinsung des Anlagekapitals in Rechnung zieht.

Für die niedrig gelegenen Stadttheile sieht Vortragender im Tonnensystem die einzige hygieinischen Principien entsprechende Methode. Die Gruben auf ihre Wasserdichtigkeit zu controlliren ist äusserst schwierig, nach Angabe des hiesigen Unternehmers giebt es viele Häuser, wo seit 10 Jahren nicht einmal geführt worden ist, in welchen Fällen es sich also um richtige Schwindgruben handelt.

Giebt es nun eine Abhülfe für diese traurigen Verhältnisse? Von Seiten der Hausbesitzer ist nicht viel zu hoffen. Vortragender glaubt aber, dass, wenn die Stadt selbst die Abfuhr in die Hand nähme, daraus für sie ein nicht unerheblicher materieller Gewinn resultiren würde, der wiederum zur sanitären Verbesserung der Stadt verwandt werden könnte. Während frische Excremente 1,1% N. enthalten, findet man im Inhalt der Tonnen 0,75%, in dem der Gruben 0,36%. Es findet also eine allmähliche Abnahme des N-Gehaltes, des werthvollsten Theiles der Excremente durch Zersetzung statt. Da nun nach den Berechnungen des Prof. Thoms in Riga der Preis des Pfundes N sich auf 25 Cop. beläuft, der der Phosphorsäure auf 7 Cop. des Ka auf 5 Cop. so repräsentiren die Abfallstoffe unserer Stadt einen jährlichen Werth von c. 16000 Rbl. Die Verarbeitung der Abfallstoffe in hiesiger Podrettfabrik ist eine sehr primitive, wobei mindestens ½ ihrer N-Verbindungen verloren geht. Dennoch beträgt der Werth, der jährlich hier producirten Podrette 6000 Rbl. Die Abfuhr kommt auf c. 3 Cop. pro Cubikfuss zu stehen d. h. im Lauf des Jahres zahlen die Hausbesitzer c. 6000 Rbl. Abfuhrgelder. Für diese Summe könnte der ganze Apparat von der Stadt unterhalten werden, wobei ihr dann noch als reine Revenue 8000 Rbl. zu Gute kommen würden. Augsburg, wo das Tonnensystem durchgeführt ist, fabricirt eine Podrette, die fast 3 mal mehr N enthält, dementsprechend ist der Preis der doppelte der hiesigen. Daraus erhellt, dass je mehr die sanitären Verhältnisse in Bezug auf die Abfuhr verbessert werden, ein desto grösserer Gewinn sich daraus erzielen lässt. Unsere Stadt könnte leicht bei geringer Verbesserung (wenn auch nur in Bezug auf die Fabrication der Podrette) 8000 Rbl. profitiren. Vortragender tritt deshalb dafür ein, dass die Stadt selbst die Abfuhr der Excremente übernehmen soll, wodurch nicht nur eine Verbesserung der sanitären Verhältnisse resultiren würde, sondern auch dem Stadtsäckel eine nicht unbeträchtliche Summe zufliessen würde.

Discussion.

Körber meint, dass ¾ der Bevölkerung unserer Stadt ihre Excremente direct in ihren Gärten als Dünger verwerthe. Die Abtritte in den Vorstädten liegen oft im Garten und werden an Ort und Stelle entleert. Es kämen ja nur Abtritte in Betracht, die regelmässig besorgt resp. ausgeführt würden.

Ströhmberg: Seine Berechnungen stützen sich auf Angaben des Podrettfabrikunternehmers, der sicher nicht zu wenig angiebt. Derselbe habe erklärt, im Jahre c. 175,000 Cubikfuss abgeführt zu haben. Die directe Abfuhr der Excremente in städtische Gärten ist verboten. Nehme die Stadt selbst die Sache in die Hand, so werde sie auch mehr Interesse an ordentlicher Controlle haben als zur Zeit. Der Contract mit dem Podrettunternehmer lautet dahin, dass nur solche Hausbesitzer, in deren Häuser das Tonnensystem durchgeführt sei, selbst die Abfuhr besorgen dürfen.

Körber: Die Erhebungen, welche während der letzten Choleraepidemie hier gemacht wurden, haben gezeigt, dass noch eine grosse Anzahl absolut unstatthafter Abtritte und Senkgruben zu finden sind. Gruben sind in einzelnen Theilen der Stadt, wo der Grundwasserstand ein hoher ist, absolut unmöglich anzulegen.

Ströhmberg: in diesen Stadttheilen dürften weder gemauerte Gruben noch gespuntete Kasten, sondern nur vom Bötticher hergestellte Küfen gestattet sein.

Zöge: fragt, wie hoch wohl die Einführung des Tonnensystems zu stehen käme.

Ströhmberg: im Hospital hat die Einrichtung 2-er Abtritte mit den dazugehörigen Tonnen (für 3-fachen Wechsel nebst Reservetonnen), eigens dazu gebautem Wagen und Schlitten ungefähr 450 Rbl. gekostet. Letztere (Wagen und Schlitten) fielen weg, wenn nach allgemeiner Einführung des Tonnensystems die Stadt die Sache in die Hand nimmt.

Körber, während der letzten Choleraepidemie revidirte eine Commission die Universitätsgebäude, welche z. Th. Tonnensystem haben. Es fanden sich gerade bei den Tonnenabtritten viele Mängel. Die Tonnen standen z. Th. an unzugänglichen Stellen und ihre fehlerhafte Construction bewirkte Verunreinigung der Umgebung. Tonnen allein seien noch keine Verbesserung, sie müssen leicht transportabel, richtig construirt und gut schliessend sein. Endlich brauche man ein geschultes Personal und bauliche Veränderung der Aborte.

Ströhmberg: betont ebenfalls, dass sie leicht transportabel sein müssen. Hier im Hospital laufen sie auf Schienen, resp. seien auf leicht hebbarem Untergestell aufgestellt.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Die italienische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie hat den Präsidenten der hiesigen russischen syphilodologischen und dermatologischen Gesellschaft Prof. emer. Dr. Benjamin Tarnowski zum Ehrenmitgliede gewählt.

— In der administrativen Sitzung der hiesigen russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft vom 28. März wurden Professor Dr. Kaposi in Wien und Professor Dr. de Amicis in Neapel zu Ehrenmitgliedern erwählt.

— Am 19. April n. St. beging der bekannte Chirurg Geh. Medicinalrath, Professor Dr. Ernst Gurlt, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig bereits im 73. Lebensjahre steht, hat noch vor Kurzem ein grosses Werk über die Geschichte der Chirurgie (3 Bände) veröffentlicht. Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie, deren langjähriger Schriftführer er ist, ernannte ihn in Anbetracht seiner Verdienste um die Chirurgie im vorigen Jahre zu ihrem Ehrenmitgliede.

— Der Militär-Medicinalinspector des Odessaschen Militärbezirks, Dr. Lessnewski, ist krankheitshalber mit Uniform verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrath. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Corpsarzt des Grenadiercorps, Geheimrath Dr. Dubinski, ernannt worden. An die Stelle des Letzteren tritt der Divisionsarzt der I. Grenadierdivision, Staatsrath Dr. Drushinin.

— Der Ordinator am Mitau'schen Hospital des Collegiums der öffentlichen Fürsorge, Dr. August Seiler, ist auf

sein Ansuchen von diesem Amte enthoben, und an seine Stelle Dr. Friedrich Bidder ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Vicepräsidenten des Comités des medico-pharmaceutischen Curatoriums in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolski. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem jüngeren Arzt der 18. Flottenequipage Dr. Hagentorn und dem Oberarzt des Kaiserl. Sanatoriums in Hallila, Dr. Gabrilowitsch.

— Versetzt: Der Gouvernements-Medicinalinspector von Woronesh, wirkl. Staatsrath Dr. Sadler — nach Nowgorod, der Gouvernements-Medicinalinspector von Nowgorod, Staatsrath Dr. Alexejewski — nach Woronesh, beide in derselben Eigenschaft.

— Verstorben: 1) Am 13. April in St. Petersburg der Nestor der russischen Gynäkologen, der Director der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja), Leibaccoucheur, Prof. emer. Dr. Anton Krassowski, im eben vollendeten 77. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher nahezu 50 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war ein Schüler der ehemaligen medico-chirurgischen Academie und hatte seine Dienstlaufbahn als Arzt am Militärhospital in Krassnoje-Sselo begonnen. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1852 besuchte er behufs weiterer Vervollkommnung ausländische Universitäten und wurde nach seiner Rückkehr 1854 anfangs als Professor-Adjunct, dann als Professor der Geburtshülfe, Gynäkologie und Kinderkrankheiten an der medico-chirurgischen Academie angestellt, an welcher er bis zum Jahre 1875 thätig. Im Jahre 1871 erfolgte seine Ernennung zum Director der Entbindungsanstalt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Als er im Januar 1896 sein 25-jähriges Jubiläum als Director der genannten Anstalt beging, wurde er mit dem Range eines wirklichen Geheimraths ausgezeichnet und von vielen russischen und ausländischen medicinischen Gesellschaften, sowie von der Pariser Académie de Médecine zum Ehrenmitgliede ernannt. Seit vielen Jahren fungirte er auch als berathendes Mitglied des Medicinalraths und als beständiges Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités. K. war seiner Zeit der hervorragendste russische Gynäkologe und hat sich namentlich durch die Einführung der Ovariotomie in Russland, zu welcher Operation er einen trefflichen Atlas lieferte, verdient gemacht. Er ist in früheren Jahren auch vielfach literärisch thätig gewesen; wir nennen von seinen grösseren wissenschaftlichen Publicationen, ausser dem bereits erwähnten «Atlas zur Ovariotomie», noch seinen «Cursus der praktischen Geburtshülfe» und seinen «Cursus der geburtshülflichen Operationen». 2) In Jeniseisk der Arzt am Hospital des Collegiums der öffentlichen Fürsorge und am Progymnasium Constantin Antonewicz im Alter von nahezu 70 Jahren. In Wilna geboren, widmete sich der Verstorbene von 1850—1855 dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität, an welcher er auch den Arztgrad erlangte. Nach mehrjähriger ärztlicher Thätigkeit in Polen wurde er wegen Betheiligung am polnischen Aufstande i. J. 1863 ins Gouvernement Jeniseisk verbannt, wo er nach seiner Amnestirung in der Gouvernementsstadt sich niederliess und bald zu den geachtetsten und gesuchtesten Aerzten gehörte. 3) In Warschau Dr. Leopold Sawicki im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher aus Lublin stammte, hatte ebenfalls seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1852—1857 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war S. in Lomsha und in letzter Zeit Fabriksarzt in Shichlin (Gouv. Warschau). 4) Am 11. April hierselbst der frühere Oberarzt des Pawlowschen Leibgarde-Inf.-Regiments, Dr. Alexis Kondratjew, welcher seit 1874 die ärztliche Praxis ausübte. 5) In Moskau der Oberarzt des dortigen Gefängnisshospitals, Staatsrath Dr. Peter Popow, plötzlich im Alter von 48 Jahren. Derselbe hatte den Cursus an der Moskauer Universität i. J. 1872 absolvirt und war dann Leiter der Pockenabtheilung im alten Catharinenhospital, von wo er nach 2 Jahren in das Marienhospital überging und dort die Abtheilung für Nervenkranke organisirte. Seit 1891 fungirte er als Oberarzt am Gefängnisshospital.

— Die Charkower Universität hat den von der Charkower Agrarbank gestifteten Preis von 500 Rbl. dem früheren Sanitätsarzt der Chersonschen Landschaft (gegenwärtig in derselben Stellung in Woronesh) Dr. N. J. Tesjakow für seine Arbeit: «Die landwirthschaftlichen Arbeiter und die Organisation der sanitären Aufsicht über dieselben im Chersonschen Gouvernement» zuerkannt. (Med. Bess.-Wr.)

— Der Termin für die Einreichung der Doctor- und Magister-Dissertationen bei der militär-medicinischen Academie läuft mit dem Schluss des April-Monats ab und können die bis zu diesem Termin nicht eingereichten Dissertationen erst im nächsten Lehrjahre 1898/99 zur öffentlichen Vertheidigung zugelassen werden.

— Frau Medwjednikow hat zur Einrichtung eines Krankenhauses für langwierige Krankheiten in Irkutsk 600.000 Rbl. gespendet.

— In die 12 städtischen Gebärasyle St. Petersburgs wurden im Jahre 1897 im Ganzen 6402 Frauen aufgenommen (301 mehr als im Vorjahre), sodass auf jedes Asyl im Durchschnitt 504 und auf jedes Bett 58 Gebärende kamen. 359 Frauen mussten wegen Platzmangels abgewiesen werden. Die Stadt verausgabte für die 12 Gebärasyle im vorigen Jahre 66.058 Rbl. 94 Cop.; es kam mithin der Unterhalt eines Bettes durchschnittlich 665 Rbl. 45 Cop. und der Unterhalt einer Wöchnerin 1 Rbl. 83 Cop. pro Tag zu stehen. Von bemittelten Gebärenden, welche in den Asylen verpflegt wurden, hat die Stadt 1460 Rbl. vereinnahmt.

— Der 27. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, welcher vom 1/13—4/16. April in Berlin stattfand, wurde von dem derzeitigen Vorsitzenden Prof. Trendelenburg (Leipzig) mit einer Ansprache und einem den inzwischen verstorbenen Mitgliedern gewidmeten Nachrufe eröffnet. Die Zahl der Mitglieder ist durch Neuaufnahmen auf 806 gestiegen. Auf dem diesjährigen Congresse kam insofern eine Neuerung in Anwendung, als vorherbestimmte Themata von allgemeinem Interesse an die Spitze gestellt waren und die übrigen Vorträge erst nach Erledigung dieser Themata gehalten wurden. Dem entsprechend nahmen die Asepsis und die Wundinfection die erste Sitzung in Anspruch und wurde über die jünsten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu verbessern, die Frage der Operationshandschuhe etc. eingehend verhandelt. — Die Berichterstattung für die Tagespresse hatte der Ausschuss selbst in die Hand genommen und zu diesem Zweck ein eigenes Pressbüreau unter Leitung der DDr. Richter (Breslau) und Frank (Berlin) eingerichtet. An den Verhandlungen nahm aus Russland auch Docent Dr. Zoege v. Manteuffel (Jurjew-Dorpat) Theil.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. April d. J. 7770 (96 mehr als in d. Vorw.), darunter 757 Typhus — (19 wen.), 630 Syphilis — (39 wen.), 136 Scharlach — (6 mehr), 146 Diphtherie — (0 wen.), 40 Masern — (9 wen.), und 56 Pockenkranke — (6 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis 11. April 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
422	292	714	160	54	88	15	13	23	68	74	56	53	61	39	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 31, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 9, Scharlach 14, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 15, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 77, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. April 1898.

Tagesordnung: Dr. Th. von Schröder: Ueber die Möglichkeit der Wiederherstellung des Sehvermögens bei Leucoma totale corneae. Demonstration eines Pat. mit künstlicher Cornea.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 4. Mai 1898.





SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source.
VICHY

Дозв. ценз. Спб. 20 Апрѣля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, (7. Mai) 25. April **1898**

Zur pathologischen Anatomie der Tuben.

Von

Dr. med. Leo v. Lingen.

Mit der Entwickelung der operativen Technik in der Gynäcologie ist ein Gebiet nach dem anderen Gegenstand der verschiedenartigsten Untersuchungen vom klinischen, ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus geworden.

Die bei den operativen Eingriffen gefundenen anatomischen Veränderungen verhalfen dem Kliniker zu einer immer deutlicheren Einsicht in die sich im Augenblick abspielenden Verhältnisse im Operationsfeld und setzten denselben durch fortgesetzte Erfahrung und vergleichende Beobachtung ein und desselben Krankheitsprocesses in den verschiedenen Stadien in den Stand, sich ein recht anschauliches Bild auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus zu schaffen. Das Feld der Indicationen zum operativen Einschreiten wurde immer mehr erweitert und damit dem klaren Verständniss und der objectiven Beurtheilung der vorliegenden anatomischen Verhältnisse, sowie des klinischen Verlaufes, immer näher gerückt.

Dieses bezieht sich unzweifelhaft auch auf die Veränderungen in den Adnexen des Uterus, deren Bedeutung erst seit der Zeit mehr gewürdigt wurde, als man begann auch hier operativ einzuschreiten und damit den vorerst an den Kranken erhobenen Tastbefund zu controlliren. Bis dahin herrschten recht verworrene Ansichten über die Pathogenese dieser Organe, zumal selbst die diagnostische Seite an präciser Deutung Manches zu wünschen übrig liess. Mit der zunehmenden Sicherheit in der präcisen Indicationsstellung und der Entwickelung der operativen Technik mehrten sich bald die Mittheilungen von einzelnen casuistischen Fällen, sowie einer ganzen Reihe von Beobachtungen über Aetiologie, Verlauf, pathologische Anatomie und Therapie der Erkrankungen der Adnexa, so dass wir jetzt über eine recht stattliche Anzahl von Publicationen auf diesem Gebiet disponiren. Der pathologisch-anatomischen Frage wurde immer mehr Berücksichtigung geschenkt, das Material von diesem Gesichtspunkt aus gesichtet und classificirt und im Wesentlichen geklärt und gefördert durch die Zuhilfenahme der bacteriologischen Untersuchungsmethoden, deren positiver Nutzen auf manchem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäcologie zur Klarlegung bis dahin offener Fragen evident war. Dass die Beurtheilung des Krankheitsbildes vom klinischen Standpunkt aus durch das genauere Studium des pathologisch-anatomischen Bildes wesentlich gefördert wird, bedarf wohl nur der Erwähnung, nicht des Nachweises.

Anfangs herrschte im Eintheilungsprincip und in der Nomenclatur keine Einigkeit und Harmonie; manche Autoren fühlten sich veranlasst, immer neue Formen zu beschreiben und diesen neue Epitheta beizulegen, was nicht gerade zur Uebersicht und klaren Auffassung beitrug. Unter den mannigfachen Versuchen eine allgemein anzuerkennende Eintheilungsform für die Erkrankungen der Tube einzuführen, verdient ein von A. Martin[1]) und E Orthmann[1]) vorgeschlagenes Eintheilungsverfahren, dem das pathologisch-anatomische Princip streng zu Grunde gelegt ist, wie mir scheint, die meiste Nachahmung und erfreut sich wohl in letzter Zeit der meisten Popularität. Jedenfalls trägt eine vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus vorgenommene Eintheilung mehr zu einer einheitlichen Auffassung bei, als die nach ätiologischem Princip festgesetzte.

Wenn ich es unternehme mit meinen Untersuchungen an die Oeffentlichkeit zu treten, so bin ich mir dessen wohl bewusst, dass dieselben an Zahl und Umfang den Arbeiten vieler Autoren nachstehen. Auch habe ich mir beim Beginn meiner Arbeit im Voraus sagen können, dass ich etwas wesentlich Neues nicht werde beitragen können, nachdem gerade in den letzten Jahren die pathologische Anatomie der Tuben der Gegenstand einer Reihe gediegenster und umfassendster Arbeiten von berufener Seite — ich weise nur auf das classische Werk

[1]) A. Martin. Die Krankheiten der Eileiter. 1895.

von A. Martin hin und nenne Menge, Orthman, Landau — gewesen ist. Immerhin schien mir dieses Gebiet der Bearbeitung werth, um mich durch eigenes Studium von dem Thatbestand zu überzeugen und das Ergebniss desselben der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Die mannigfachen Veränderungen, die sich in den Tuben abspielen, lassen sich füglicher Weise auf die beiden von den meisten Autoren angenommenen Grundformen: Salpingitis catarrhalis und purulenta zurückführen. Erstere theilt Martin[2]) in eine acute (Endosalpingitis) und eine chronische (Myosalpingitis oder Salpingitis interstitialis) ein, wobei als Folgezustand d. h. als Endresultat die Sactosalpinx serosa und haemorrhagica auftreten kann. Die Salpingitis purulenta tritt gleichfalls in acuter und chronischer Form auf und zwar vorzugsweise als septica und gonorrhoica, den Folgezustand für beide bildet die Sactosalpinx purulenta.

Die einfache catarrhalische Salpingitis hat anfangs ihren Sitz stets in der Schleimhaut, die durch gesteigerte Blutzufuhr und Einlagerung von Entzündungsprodukten beträchtlich anschwillt und ein anfangs spärliches farblos-schleimiges, später mehr trübes Secret in reichlicher Menge liefert. Durch Aussehen und vermehrte Absonderung unterscheidet sich solches vom normalen Secret der Tubenschleimhaut. Es ist übrigens noch eine offne Frage, ob der normalen Tube eine gewisse Productionsfähigkeit der Schleimhaut oder überhaupt Absonderung von Flüssigkeit zuzusprechen ist. Die Frage ist in positivem wie auch in negativem Sinn beantwortet worden.

Obgleich es im Gegensatz zu der Ansicht älterer Autoren (Hennig[3]) nunmehr feststeht, dass die Tubarschleimhaut keine Drüsen hat (Popoff[4]) und Andere), so ist es doch durch Untersuchungen an Thieren von Frommel[5]) und Kehrer[6]) als bewiesen anzusehen, dass dem Epithel der Tube eine absondernde Thätigkeit zukommt, es wird eine protoplasmatische Flüssigkeit entleert. Ebenso kommt L. Landau[7]), welcher sich gleichfalls experimentell mit dieser Frage beschäftigt, zu dem Schluss, — allerdings mehr auf klinischer Beobachtung fussend, — dass die Tube, wie jedes mit einer Schleimhaut versehene Organ, normal eine gewisse Menge Flüssigkeit secernire, indem die Epithelien quellen, sich verflüssigen und Schleim liefern. Dagegen konnte Wendeler[8]) in einer gesunden Tube ausserhalb der Menses niemals Secret nachweisen. Er glaubt, dass nur soviel Flüssigkeit abgeschieden werde, wie zur Feuchterhaltung der Schleimhaut erforderlich ist, diese sei nur mit einer capillaren Flüssigkeitsschicht bedeckt, wie die Pleura und das Peritoneum. Wie dem auch sei, die Verhältnisse ändern sich sofort, wenn die Tubenschleimhaut der Sitz eines pathologischen Processes wird.

Das bei der catarrhalischen Form der Salpingitis gelieferte Secret, das aus abgestossenen degenerirten Epithelien, Leucocyten und rothen Blutkörperchen besteht, ist als Ausdruck eines localen Entzündungsprocesses der pathologisch veränderten Tubenschleimhaut anzusehen. Bei längerem Bestehen der Entzündung greift diese auf die Wandschichten des Eileiters über, dieser zeigt wiederum vermehrte Schlängelung, wird verdickt, derber, das weiche elastische Organ wird zu einem starren Rohr, das sich bei zunehmendem Inhalt dilatirt und an Volumen in allen Dimensionen zunimmt. Die Dickenzunahme der Wand des Oviduct beruht entweder auf einer entzündlichen Infiltration aller Schichten oder auf einer Hyperplasie und Hypertrophie der musculären Elemente, was von Kaltenbach[9]) für eine Activitätshypertrophie angesehen wird, indem die Tube durch Anwendung beständiger Contractionen bemüht ist sich ihres Inhaltes zu erledigen. Dabei gewinnt der Eileiter in diesem chronischen Stadium in Folge des reichlich angestauten Secretes ein wurstförmiges geschlängeltes Aussehen, durch 3—4 oder mehr Einschnürungen in mehrere Fächer getheilt (L. Bandl)[10]). Das abdominale Ende ist meist in erster Linie ergriffen, die hochrothe Schleimhaut quillt hier wulstförmig hervor. Selten ist in diesem Stadium der Process auf die Tube allein localisirt, vielmehr spielen in sich der Umgebung direct fortgeleitete entzündliche Processe ab, welche, wenn nicht bereits durch Umschlagen der Fimbrienenden nach dem Tubenlumen zu (Martin)[11]) eine Verklebung des durch Schwellung und klappenartige Faltung ohnehin reducirten Lumens stattgefunden hat, durch adhaesive Processe das Lumen zur vollkommenen Obliteration führen. Ist eine derartige Atresie der Tubenostien durch partielle Peritonitis in der Umgebung derselben oder durch Verwachsung der Schleimhaut zu Wege gebracht, so bilden sich als Folgezustand der bestehenden catarrhalischen Salpingitis circumscripte sackförmige durch spiralige Einschnürungen, umschriebene Ausstülpungen der Tubenwand, welche man mit Hydrosalpinx oder Sactosalpinx serosa bezeichnet.

Bei der Salpingitis purulenta, dem Prototyp der gonorrhoischen und septischen Infection, nehmen weit eingreifendere Veränderungen Platz. Die schon im acuten Stadium geschwellte, verdickte, mit Eiter gefüllte Tube, deren hyperämische Schleimhaut stark gewulstet und succulent ist, wandelt sich bei längerem Bestehen zu einem dick- oft starrwandigen, durch vielfache Einschnürungen wurstförmig gewundenen Gebilde um. Der entzündliche Process ist von der Schleimhaut auf die Eileiterwand übergegangen, in der Folge auch auf die Umgebung, es kommt zur Perisalpingitis, zu einer eitrigen Entzündung der anliegenden Ovarien und zur Verlöthung mit den Nachbarorganen. Ist durch excessive Schwellung der Schleimhaut, durch Verklebung der Fimbrien mit dem Saum des Peritoneums (Martin)[12]) oder durch Bildung von entzündlichen Processen in der Umgebung der mechanische Verschluss des Tubenlumens zu Wege gebracht, so tritt eine Secretstauung auf, welche das Tubenrohr immer mehr ausbaucht und schliesslich zu einem sackförmigen Gebilde einer Sactosalpinx purul. oder Pyosalpinx macht.

Indessen ist häufig der Uebergang einer eitergefüllten wurstförmig gewundenen Tube zu einem Eitersack ein so wenig schroffer, dass eine scharfe Grenze nicht gut gezogen werden kann. Die hühner- bis gänseeigrossen Eitersäcke, — auch Retentionscysten genannt, — die wohl auch noch grössere Dimensionen annehmen können, haben gewöhnlich am äusseren Ende des Tubenrohrs ihren primären Sitz und breiten sich von dort aus immer mehr auf das Tubenrohr centralwärts aus. Die Eitersäcke stellen entweder einkammerige Hohlräume oder durch tiefe Einkerbungen in mehrere Abtheilungen getheilte sackförmige Gebilde dar, die an das Verhalten der Tuben im foetalen Stadium erinnern. Auf diesen Umstand hat besonders W. Freund[13]) seine Aufmerk-

[2]) A. Martin l. c.
[3]) Citirt nach E. Orthmann, Virch. Archiv. Band 108, Heft 1.
[4]) Popoff: Arch. für Gynäcologie. Band XXXIV, Heft 2.
[5]) Frommel: Arch. für Gynäcologie 1886. Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäcologie in München.
[6]) Citirt nach L. Landau, Arch. für Gynäcologie XL.
[7]) L. Landau: Archiv für Gynäcologie XL.
[8]) A. Martin: Krankheiten der Eileiter. Abschnitt: Physiologie der Eileiter, bearbeitet von P. Wendeler.
[9]) Kaltenbach: Centralbl. f. Gynäcologie. 1885, Nr. 43.
[10]) L. Bandl: Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie, redig. von Pitha und Billroth. Band IV. Abth. I.
[11]) Martin l. c.
[12]) Martin l. c.
[13]) W. Freund: Volkmann's klin. Vortr. Nr. 323, 1888.



samkeit gelenkt. Freund, welcher eingehende anatomische Studien über den Entwickelungsgang der Tuben während des foetalen Lebens und beim neugeborenen Mädchen bis zur Zeit des vollendeten Körperwachsthums angestellt hat, will die Genese mancher Tubenerkrankungen in ein gewisses Abhängigkeitsverhältniss von den normaler Weise sich während des foetalen Lebens abspielenden Verhältnisse gebracht wissen. Auf Grund seiner Untersuchungen spricht er die Ansicht aus, dass vornehmlich solche Tuben sackartige Ausbuchtungen und Einschnürungen aufweisen, welche in ihrer Form an die auf foetaler oder kindlichen Entwickelungsstufe stehen gebliebenen, erinnern. Die mehr oder weniger spirale Drehung der Tube, wie diese während der ersten Entwickelungsphase gesetzmässig besteht, kann in leichter Andeutung den Typus des foetalen Zustandes beibehalten und disponirt damit nach Freund zu gewissen pathologischen Zuständen. Der Meinung Freund's tritt Slawjansky[14]) in seinem Lehrbuch auch bei.

Die Wand des Eitersackes ist erheblich verdickt — 1 cm. und mehr —, seltener durch den in dem abgeschlossenen Raum bestehenden Innendruck auffällig verdünnt.

Die Anwesenheit also eines derartigen Eitersackes ist der Folgezustand eines intensiven entzündlichen Processes bei vollkommenem Verschluss der Tubenostien mit Ansammlung eines eitrigen Secretes. Es liegen Versuche vor, auf experimentellem Wege derartige Verhältnisse künstlich zur Entstehung zu bringen. M. Wosskressensky[15]) hat an Kaninchen, Meerschweinchen und Ferkeln (15 Versuche) Unterbindungen der Tuben vorgenommen und gefunden, dass am Orificium tubae uterin. angelegte Ligaturen gar keine Veränderungen hervorrufen, während bei Unterbindung der Tube am abdominalen Ende, sowie beider Ostien, eine Sactosalpinx serosa im Laufe von 4—6 Wochen entsteht. L. Landau's[16]) Resultate waren weniger beständig, er sah bei doppelter Unterbindung bald Ansammlung von Flüssigkeit eintreten, bald auch nicht.

In gleichem Masse, wie die makroskopisch sichtbaren anatomischen Verhältnisse, die im Obigen in gedrängtester Kürze skizzirt worden sind, verschiedenartige Bilder liefern, so ist auch das mikroskopische Bild ein dem entsprechend mannigfaltiges.

Die mikroskopischen Processe, welche sich in der pathologisch veränderten Tube abspielen, bilden den Gegenstand meiner Untersuchungen und sollen im Folgenden auseinandergesetzt werden.

Das Material stammt von 10 im Peter-Paul-Hospital in den Jahren 1896—1897 von Dr. Dobbert operirten Fällen, deren Benutzung zur mikroskopischen Untersuchung mir College Dobbert gütigst überlassen.

Ein Theil der Krankengeschichten ist von Dobbert[17]) publicirt worden. Ich füge hier in möglichster Kürze die Krankengeschichten der 10 Patientinnen der Vollständigkeit halber hinzu.

1. M. M. Krankenbogen Nr. 6828. 1896. 34 a. n. klagt über Schmerzen im Unterleib, besonders rechts, Uebelkeit, und Erbrechen.

Stat. präs.: Aufgetriebener Leib, Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend, wo sich eine nicht deutlich abgrenzbare, faustgrosse Geschwulst durchfühlen lässt. In der linken Inguinalgegend lässt sich gleichfalls eine deutliche Resistenz palpiren. Portio vag. steht hoch, der Uterus ist an die Symphyse gepresst, das Scheidengewölbe nicht vorgebaucht. Rechterseits, sowie links hinten erreicht die Fingerkuppe den unteren Pol der oben erwähnten Tumoren, die ihren Ausgangspunkt von den Adnexen genommen. Morgens subfebrile Temperatur, Abends bis 39,0. Salpingo-Oophorectomia bilat. Tamponade der Bauchhöhle, Temperatur den ersten Abend 39,1, dann Abfall zur Norm, am 3—6 Tage abendliche Steigerung bis 38,2, dann normal. Darmfistel, Heilung nach 3½ Mon.

Präparat: Linke Tube fingerdick, die Wandschicht dick. Rechte Tube mehr als daumendick hakenförmig gekrümmt, auf der Oberfläche zahlreiche Adhäsionsstränge, nahe dem abdominalen Ende das Lumen sackförmig ausgedehnt, die Wandschicht allseitig verdickt. Die Sactosalpinx mit dem durch kleine Abscesse durchsetzten Ovarium verwachsen.

2. W. Tsch. Krankenbogen Nr. 6672. 1896. 24 a. n. Puella publica. Vor 7 Jahren ein Mal abortirt. Menses 3—7-tägig mit Schmerzen, starker Fluor albus, wegen Gonorrh. und Lues anderweitig behandelt, Schmerzen im Unterleib, Harndrang.

Stat. präs.: Port. normal, Uterus anteflectirt, links eine wenig schmerzhafte hühnereigrosse Geschwulst, welche den linken Adnexen entspricht. Rechts, der Gebärmutter direct anliegend ein härtlicher, wenig empfindlicher apfelgrosser Tumor, der von der Uteruswand nicht abgrenzbar ist. Temperatur normal.

Coeliotomia abdom. Entfernung der Adnexa beiderseits, Tamponade der Bauchhöhle. Am 7. Tage post operationem eine 6 Tage andauernde Temperaturerhöhung bis 38,4. Bildung einer Kothfistel. Genesung.

Präparat: Die rechten Adnexa stark verwachsen mit der Umgebung, das rechte Ovarium hühnereigross, in der Mitte eine Abscesshöhle. Die rechte Tube mit dem Ovarium verwachsen, am uterinen Ende stark verdickt und zum abdom. Ende zu in eine (von Eiter gefüllte) Höhle übergehend, deren Wandungen von verschiedener Dicke sind. Links Ovarialabscess und eine von gewulsteter Schleimhaut bedeckte in ihren Wandungen verdickte erweiterte Tube.

3. M. W. Krankenbogen Nr. 7443. 1896. 23 a. n. ein Mal vor 2 Jahren geboren, Menses sehr profus, mit Schmerzen. Seit 2 Jahren Kreuzschmerzen und Schmerzen in der linken Leistengegend, Uebelkeit, Appetitlosigkeit.

Stat. präs.: Port. vag. von cylindrischer Form, Muttermund quergespalten. Uterus vergrössert hart, beweglich, tief stehend. Links vom Uterus eine schmerzhafte mehr als hühnereigrosse Geschwulst, von der Gebärmutter abgrenzbar, Blutung. Temperatur normal. Coeliotomia vag. poster. Entfernung der Adnexa beiderseits, Tamponade der Wunde im hinteren Scheidengewölbe, Temperatur 37,0—37,7; ein Mal am 7. Tage 38,0. Genesung.

Präparat: Linke Tube daumendick, am abdominalen Ende sogar noch voluminöser, auf der Aussenfläche mehrfache, flächenförmige Stränge. Rechte Tube weniger verdickt, beiderseits cystoide Degeneration der Ovarien.

4. A. F. Krankenbogen Nr. 250. 1897. Fat. 33 a. n. Vor 2 Monaten geboren, am 5. Tage nach der Geburt erkrankte Pat. mit Schüttelfrost, von da an die ganze Zeit krank gewesen, Klagen über Schmerzen im Unterleib links.

Stat. präs.: Allgemeine Ernährung mässig, alter Dammriss. Uterus anteflectirt, nach rechts verdrängt durch eine in der linken Unterbauchgegend befindliche Kindskopfgrosse, von dem Uterus nicht abgrenzbare, stellenweise fluctuirende, wenig bewegliche Geschwulst. Das Scheidengewölbe ist nicht vorgebaucht, bei der Probepunction durch die Bauchdecken wird Eiter zu Tage gefördert. Subfebrile Temperatur. Operation. In der linken Inguinalgegend wird eine in den Bauchdecken befindliche Eiterhöhle eröffnet, nach vollständiger Durchtrennung der speckig infiltrirten Bauchdecken stiess man auf eine zweite Eiterhöhle, in welche das abdominale Ende der erweiterten Tube mündete. Exstirpation dieser und Eröffnung eines Ovarialabscesses. Tamponade. Fieberloser Verlauf, Heilung.

Präparat: Verdickte zum abdominalen Ende zu sich dilatirende Tube.

5. E. P. Krankenbogen Nr. 533. 1897. Pat. 45 Jahr alt. Mit 18 Jahren ein Mal geboren, vor 2 Jahren wegen Unterleibsbeschwerden im Peter-Paul-Hospital behandelt. Schmerzen vornehmlich in der rechten Unterbauchgegend und im Kreuz, Brennen beim Uriniren.

Stat. präs.: Uterus anteflectirt, vergrössert, derb, rechts ein prall elastischer wenig beweglicher Tumor von der Grösse eines Gänseeis, im hinteren Scheidengewölbe ein wenig empfindliches Infiltrat. Temperatur erhöht bis 39,1. Coeliotomia abdom. Entfernung beider Tuben und des linken Ovariums, Tamponade der Bauchhöhle, die Temperatur, hat nach der Operation kein Mal 37,4 überschritten. Heilung.

Präparat. Linke Tube verdickt, am abdominalen Ende stark dilatirt, die Wand nahe dem abdominalen Ende sackförmig ausgestülpt, sehr dünn, mit klarem wässrigen Inhalt gefüllt (Hydrosalpinx). Rechte Tube ebenfalls stark verdickt, das Lumen näher dem uterinen Ende nahezu normal, der mittlere Theil sowie das abdominale Ende ist sackförmig ausge-

[14]) K. Slawjansky: Specielle Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten 1897. Th. II, russisch.

[15]) M. Wosskressensky: Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1891, pag. 702.

[16]) L. Landau l. c.

[17]) Th. Dobbert: Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1897.

dehnt, die Sackwandungen verdickt (etwa 1 cm.), die Schleimhaut gewulstet.

6. T. R. Krankenbogen Nr. 569. 1897. 25-jährige Pat. Nullipara, Schmerzen in der Leistengegend, Fieber, Kopfschmerzen, Harnbeschwerden, Menses regelmässig.

Stat. präs.: Uterus vergrössert, retroflectirt, nicht reponibel, empfindlich, vagina septa uter. didelphys, beiderseits lassen sich verdickte Tuben, besonders links durchfühlen, dazwischen Schüttelfroste. Salpingo-Oophorectomia dextra et Salpingotomia sin. Ventrofixat. Reactionsloser Verlauf. Heilung.

Präparat. Rechte Tube fingerdick, nahe dem abdominalen Ende spiralig gedreht, die Schleimhaut stark gewulstet, die linke Tube bietet ähnliche Veränderungen dar.

7. A. J. Krankenbogen Nr. 1106. 1897. Die 19-jährige Pat. hatte eine Frühgeburt und vor 6 Monaten eine Geburt durchgemacht, danach Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die in wechselnder Heftigkeit bis zum Eintritt in's Krankenhaus anhielten.

Stat. präs.: Uterus anteflectirt, beweglich, rechts und hinten ein apfelgrosser Tumor, auf dem die erweiterte über dem Tumor bewegliche Tube liegt. Die linke Tube verdickt und nach hinten dislocirt. Temperatur normal. Coeliotomia abdom. Entfernung der Adnexa bis auf das rechte Ovarium. Temperatur in den ersten Tagen 37,4—38,0, dann normal. Heilung.

Präparat. Beide Tuben wurstförmig gewunden, die linke derart, dass auf dem Querschnitt das Lumen zwei Mal getroffen wird, die Mitte und das abdominale Ende sind sackförmig ausgestülpt, die Wand ist 1 cm. dick. Die rechte Tube ist fingerdick, das Lumen überall erweitert, die Schleimhaut stark gewulstet.

8. E. G. Krankenbogen Nr. 1361. 1897. Pat. 24 a. n. Ein Mal geboren, vor 5 Jahren geboren, seit 4 Monaten Schmerzen im Unterleib, fluor albus, Menses unregelmässig, öfters heftig.

Stat. präs.: Die grosse Port. vag. von derber Consistenz, Uterus vergrössert, hart, auf Druck empfindlich, in Anteflexio. Rechts und mehr hinten im Douglas eine empfindliche, verdickte Tube und ein vergrössertes, allem Anschein nach kleincystisch degenerirtes Ovarium, mit der Tube verwachsen Der linke Eileiter zieht anfangs nach links und lässt sich dann als gewundener rundlicher Körper nach hinten zu verfolgen. Das linke Ovarium fühlt sich vergrössert an. Kein Fieber. Coeliotomia abdominalis. Entfernung der Tuben beiderseits sowie des linken Ovariums. Fieberloser Verlauf. Heilung.

Präparat. Rechte Tube reichlich fingerdick stark gewunden, so dass auf einem Querschnitt zwei Lumina zu sehen sind, das abdominale Ende verschlossen, nahe diesem die Tube sackförmig erweitert. Das uterine Ende voluminös, die Wand verdickt, auf dem Querschnitt das Lumen vergrössert, stark gewulstete Schleimhaut. Linke Tube weniger verdickt, läuft zum abdominalen Ende zu in ein sackförmiges Gebilde aus.

9. A. J. Krankenbogen Nr. 2303. 1897. 32-jährige Pat., 6 Mal geboren, mehrfach stationär behandelt, unregelmässige, dazwischen heftige Blutungen, seit 5 Monaten Schmerzen im Unterleib.

Stat. präs.: Uterus vergrössert, empfindlich, linke Tube deutlich palpabel, das Ovarium etwas vergrössert. Rechts derselbe Befund. Fieber mit Schüttelfrösten. Coeliotom. abdom: Entfernung der Adnexa rechterseits. In den ersten drei Tagen subfebrile Temperatur 37,5—38,0 dann bis zur Genesung fieberloser Verlauf.

Präparat. Die mehr als daumendicke Tube hakenförmig gekrümmt, mit dem Ovarium verbacken, nahe dem abdominalen Ende erweitert, die Wand circa 1 cm. dick.

10. A. F. Krankenbogen Nr. 2375. 1897. Pat 23 a. n., kein Mal geboren, fluor albus, Blutung.

Stat. präs.: Uterus anteflectirt, rechts vom Uterus ein apfelsinengrosser Tumor, links gleichfalls eine Geschwulst von geringerem Umfang. Temperatur bald normal, bald erhöht bis 38,4. Coeliot. abdom. Entfernung der Adnexa beiderseits, Tamponade durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe, fieberloser Verlauf. Heilung.

Präparat. Rechte Tube wurstförmig geschlängelt, mehr als fingerdick, näher zum abdominalen Ende das Lumen stark erweitert, die Wand circa 1 cm. dick. Linke Tube bietet dieselben Veränderungen dar, nur in geringerem Maasse.

Aus den, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, meist doppelseitig erkrankten, exstirpirten Tuben wurden jeder derselben an drei Stellen ihres Verlaufes, dem abdominalen Ende, der Mitte und dem uterinen Ende, entsprechende Stücke herausgeschnitten und auf die übliche Weise gehärtet und geschnitten. Die Schnitte wurden in Picro-Lithioncarmin und Hämatoxylinlösung gefärbt.

Bei der Durchmusterung der Präparate sind mir recht vielseitige und doch in der Hauptsache Dasselbe wiedergebende Bilder entgegengetreten. Die Beschreibung jedes einzelnen Präparates würde zu weit führen, auch liessen sich dabei Wiederholungen nicht vermeiden. Orthmann[18]) und Michnoff[19]) haben an einer Reihe von Präparaten die pathologisch-anatomischen Veränderungen studirt und ihre Resultate in der Weise veröffentlicht, dass sie jedes Präparat für sich einer genauen Schilderung unterzogen. Es schien mir aber zweckentsprechender, von der Berücksichtigung jedes einzelnen Präparates abzusehen, gleichsam die Summe von den gewonnenen Eindrücken zu ziehen und dieselben nach bestimmten pathologisch-anatomischen Bildern zu classificiren. Hierbei muss allerdings von vornherein bemerkt werden, dass sich eine scharfe Grenze zwischen den Formen der uns hier interessirenden Erkrankungen der Tube — der Salpingitis purul. und der Sactosalpinx pur. nicht besteht. In der Regel ist vielmehr der Uebergang der einen Form zur andern ein so allmählicher, durchaus nicht immer auf den ersten Blick auffälliger, dass man nicht selten im Zweifel sein kann, ob das vorliegende Bild dem der Salpingitis purul. oder der Pyosalpinx im Anfangsstadium gehört, wenn das mikroskopische Bild allein den Ausschlag geben soll.

Auch findet man meist in ein und derselben Tube an mehreren Stellen verschiedene makroskopische, wie auch mikroskopische Veränderungen, weist z. B. das abdominale Ende das Bild einer Sactosalpinx pur. von nicht grossen Dimensionen auf, so kann ein näher der Mitte entnommes Stück etwa das Bild der Salp. cat. oder purul. und das weiter abliegende uterine Ende oft nur minimale Veränderungen darbieten, weil der Process sich nicht auf den ganzen Verlauf des Eileiters erstreckt hat. Oder die Tube der einen Seite weist ein mehr vorgerücktes Stadium mit ausgesprocheneren entzündlichen Erscheinungen auf, als die andere, wie ich mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte.

Wenn ich der Uebersicht wegen mich zu einer schematischen Beschreibung der Präparate entschliesse, so ist es der Wunsch gewisse mikroskopisch sichtbare Gewebsveränderungen, die sich bei ein und derselben Erkrankungsform dem Beschauer in sich wiederholender Weise darbieten, unter einer Bennenung zu classificiren, die einem bestimmten pathologisch-anatomischen Process entspricht. Das von mir mikroskopisch untersuchte Material bezieht sich ausschliesslich auf chronische Fälle.

Wie aus den in Kürze angeführten Krankengeschichten hervorgeht, sind die Tuben zumeist beiderseits ergriffen gewesen, wenn auch in verschiedenem Grade. Die meisten mir zu Gebote stehenden Bilder illustriren die Veränderungen, wie sie sich bei der Salping. purul. chron. und der Pyosalpinx vorfinden, wenige geben die pathologischen Zustände der Salp. cat. wieder und ein Präparat bezieht sich auf eine Hydrosalpinx.

Ich gehe nun an der Hand der mikroskopischen Präparate an die Beschreibung der eitrigen Salpingitis (siehe Zeichnung Nr. 1),

Die Schleimhaut bietet auf den ersten Blick ein ganz anderes Bild dar, als die normale: die Wulstung der Schleimhaut verräth sich durch Hypertrophie und Hyperplasie der Zotten, die ihr zierliches Aussehen eingebüsst und sich in breitbasig aufsitzende, plumpe vielfach mit einander verwachsene dendritisch verzweigte Kolben- oder wachsstockartige Gebilde von verschiedener Höhe umgewandelt haben. Die Schleimhautfalten sind serös durchtränkt und hochgradig kleinzellig infiltrirt. Das normaler Weise die Zotten überziehende Flimmerepithel ist als bedeckendes Epithel verschwunden, nur an den mehr geschützten Schleimhautbuchten und Taschen noch vorhanden, aber die Cylinderzellen sind flacher, niedri-

[18]) Orthmann l. c.

[19]) Michnoff: Dissertation, Petersburg 1889, russisch.



Fig. 1.



ger, etwas gequollen, die Zellgrenzen nicht deutlich, die Flimmerhärchen fehlen vollkommen, der basal gelegene Kern ist rundlich oder oval. Nicht selten sieht man die Kuppe der Zotte der Necrose verfallen, bei Fortdauer dieses Processes sind die Falten im vorgeschrittenen Stadium zerstört bis auf kleine hügelförmige, sich nur wenig über die Oberfläche erhebende Gebilde mit zerklüfteter Oberfläche und starker kleinzelliger Infiltration, die sich direct auf das submucöse Gewebe fortsetzt. In den von Zotten eingeschlossenen Räumen und Lücken finden sich gross- und kleinzellige Leucocyten, abgestossene degenerirte Epithelzellen von verschiedener Form, wie auch Fibrinniederschläge. In den Zotten selbst sieht man bald langgestreckte, bald rundliche von wohlerhaltenem Cylinderepithel ausgekleidete, von dünnen Bindegewebszügen eingeschlossene Hohlräume, die an Querschnitte von Drüsen oder Alveolen (Martin)[20]) erinnern. Dank der geschützten Lage behalten die Cylinderzellen hier noch in einem Stadium ihre Gestalt und Aussehen, wo die Schleimhautfalten des bedeckenden Epithels verlustig gegangen sind. Diese Abschnürungen entstehen durch Verwachsung der Schleimhautfalten unter einander (Martin)[21]) und können durch Ansammlung von Secret zu recht dünnwandigen von abgeplattetem Epithel ausgekleideten Cystchen ausgedehnt werden, wie an zweien meiner Präparate deutlich zu sehen ist. Die Anwesenheit einer grösseren Anzahl dieser kleinen Cystchen hat zur Bennenung Salpingit. pseudofollicularis (Martin)[21]) Anlass gegeben. Der Gefässreichthum der Schleimhaut ist ein recht variabler, bald sieht man im Durchschnitt ein reichliches Capillarnetz besonders zum submucösen Gewebe zu und eine Anzahl grösserer Gefässstämmchen mit klaffendem Lumen, bald fällt im Gegentheil die Gefässarmuth der Schleimhaut ins Auge.

Die Wand der Tube ist, wie schon erwähnt, erheblich verdickt, der Haupttheil der Dickenzunahme fällt auf das Bindegewebe. Die Hypertrophie der musculösen Elemente mag anfänglich noch eine gewisse Rolle spielen, allein später gewinnen die hyperplastischen Zustände des Bindegewebes das Terrain und zwar immer mehr auf Kosten der Musculatur, welche durch breite bindegewebige Streifen aus einander getrieben und stellenweise fast verdrängt wird. Bei manchen Präparaten sieht man die Rings- und Längsmuskulatur noch recht wohlausgebildet neben einer recht ausgesprochenen Wucherung des Bindegewebes, meist treten aber die muskulösen Elemente immer mehr in den Hintergrund und das Bindegewebe prävalirt. Die Bindegewebszellen sind spindelförmig oder rundlich. Die Wand ist bald herdförmig, bald diffus kleinzellig infiltrirt, mit Vorliebe in der Umgebung der Gefässdurchschnitte. Die Gefässwände sind oft verdickt, die Muscularis auch von Rundzellen durchsetzt, die Intima zeigt Endothelwucherung, wie an einem Präparate deutlich zu sehen ist. Nicht selten trifft man auch Hämorrhagien in der Wandschicht.

Dieses ungefähr stellt das in kurzen Zügen skizzirte Bild der eitrigen Salping., wie ich es bei der Durchmusterung meiner Präparate gewonnen, dar. Dass die geschilderten Veränderungen ein Mal mehr, das andere Mal weniger ausgesprochen sind, bedarf kaum der Erwähnung. Es ist auch verständlich, dass, wie bereits oben angeführt, der Uebergang in die gleich zu beschreibende Form — die Pyosalpinx, den Folgezustand der eitrigen Salpingit., eine allmähliche ist, so dass man in die Lage kommt, sich die Frage vorzulegen: ist das vorliegende mikroskopische Bild noch für die eitrige Salp. charakteristisch oder entspricht es den Veränderungen, welche der beginnenden Sactosalpinx purul. eigen ist. Der Unterschied ist nur ein gradueller (Gusserow)[22]). Ich muss offen gestehen, dass ich bei einem derartigen Bilde, welches das Uebergangsstadium repräsentirt, über die Zugehörigkeit des Präparates zu dieser oder jener Form oft im Zweifel gewesen bin.

Bei der typischen Pyosalpinx oder Sactosalpinx pur. geht die Schleimhaut noch tiefergreifende Veränderungen ein, als bei der eitrigen Eileiterentzündung. Man sieht wohl hie und da das verworrene Bild der in einander greifenden, verzweigten und verwachsenen Schleimhautfalten, es ragen wohl auch einige mehr oder weniger voluminöse oder hochaufgeschossene, regenwurmartige Zotten, die ihrer epithelialen Bekleidung zumeist beraubt sind, weit ins Lumen vor, aber bei längerem Bestehen der Dilatation der Tube und dem fortgesetzt wirkenden Innendruck fallen dieselben meist der Zerstörung anheim. An einigen Präparaten sieht man noch gleichsam die Ueberreste der Zotten in Form von hügeligen, von Rundzellen durchsetzten Erhebungen, die mit einem Bestandtheil einer Schleimhaut nichts gemein haben. Ja, wenn der Process noch weiter vorgeschritten, so ist das Stratum mucosum auf ein Minimum reducirt (siehe Zeichnung Nr. 2), die Oberfläche zackig, gleichsam zerfressen, in Granulationsgewebe umgewandelt, wie beifolgendes Bild zeigt. Die kleinzellige Infiltration setzt sich, an der Schleimhaut beginnend, fort durch die ganze Wanddicke. Die Gefässe sind meist spärlich entwickelt und von Rundzellenhaufen umgeben.

Fig. 2.



Die Wandschicht der Sactosalpinx purul. ist bei den mir vorliegenden Präparaten durchweg auffallend verdickt und zwar öfters in recht erheblichem Maasse.

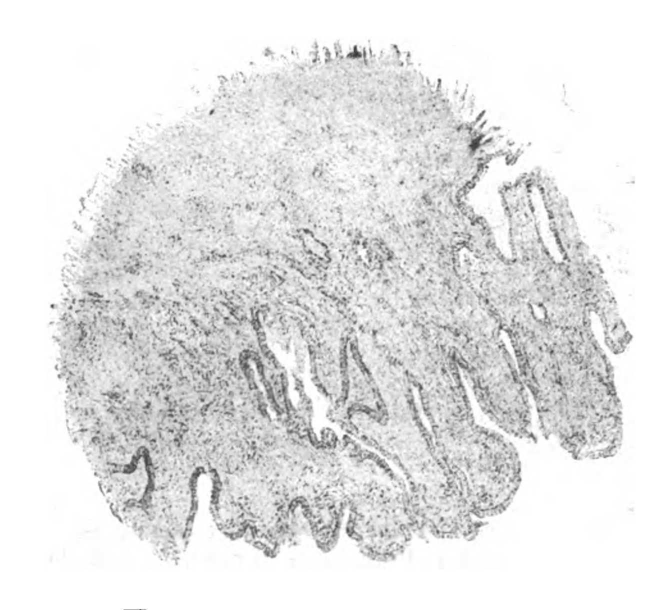
[20]) Martin: Zeitschrift f. Geb. und Gynäc. Bd. XIII, 1886.
[21]) Martin l. c.
[22]) Gusserow: Arch. für Gyn. 1888, Bd. XXXII, Heft II.

Unter den mir zu Gebote stehenden Präparaten von Pyosalpinx wies keines eine verdünnte Wandschicht auf. Man findet hier eine hochgradige Wucherung des Bindegewebes, welche, von den intermusculären Bindegewebsfasern ihren Ursprung nehmend, das Muskelgewebe mehr oder weniger zum Schwunde bringt und auf einer Hyperplasie des normal in der Wandung der Tube vorhandenen elastischen Gewebes beruht. Ueber das Verhalten dieses letzteren hat noch jüngst A. Buchstab[23]) Untersuchungen angestellt und gefunden, dass die elastischen Fasern sich bis zum Ende des ersten Lebensjahres nur auf die Serosa der Tube und das subseröse Gewebe beschränken, mit dem zunehmenden Alter aber die allmähliche Entwickelung des elastischen Gewebes in den Eileitern Hand in Hand geht. Dieses elastische Gewebe, das bei der geschlechtsreifen Frau sämmtliche Schichten der Tube von der Schleimhaut bis zur Serosa durchzieht, spielt bei der Sactosalpinx pur. eine grosse Rolle. Dasselbe nimmt beträchtlich zu: die unter einander verflochtenen elastischen Fasern bilden ein dichtes Netz, welches die Muskelfasern immer mehr umspinnt und schliesslich ganz schwinden macht. Manches Mal findet man das Bindegewebsgerüst gelockert und zersprengt durch kleine locale Blutergüsse. Das Gewebe ist bald zellarm, bald reicher an spindelförmigen und rundlichen Zellen. Ebensowenig lässt sich eine Regelmässigkeit in Bezug auf den Gefässreichthum beobachten. Dass bei derartigen pathologischen Vorgängen von einer peritonealen Hülle keine Rede sein kann, bedarf kaum der Erwähnung.

Da sich unter meinen Präparaten auch einige, nicht zahlreiche, Typen für die einfache catarrhalische Salpingitis finden, erlaube ich mir anhangsweise auf diese einzugehen.

Die Schleimhautfalten sind bei der Salpingitis catarrhalis (siehe Zeichnung Nr. 3.) hypertrophisch, geschwellt, mehr oder weniger kleinzellig infiltrirt, unter einander verwachsen und zeigen jene oben beschriebenen Verzweigungen, wenn auch in geringerem Maasse. Andere Zotten zeichen sich durch starke Dickenzunahme und kolbige Auftreibung aus. Das Cylinderepithel ist meist auf der Höhe der Falten nicht mehr vorhanden, dagegen in den Buchten und Taschen unverändert erhalten. Die Muskelschicht ist kräftig entwickelt, die bindegewebigen Elemente treten zurück. Die Wand zeigt gleichfalls mehr oder weniger deutlich ausgesprochen kleinzellige Infiltration haufen- oder streifenweise angeordnet.

Fig. 3.



[23]) A. Buchstab Centralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 28.

Es erübrigt noch der Erwähnung eines Befundes, welcher mir nur bei einem Präparat aufgefallen, das im Uebrigen das Bild der catarrhalischen Salpingitis bietet und doch einige Abnormitäten aufweist, über deren Sonderheit ich mir keinen Aufschluss geben kann. Stellenweise, wo das Zottenepithel noch erhalten ist, sieht man die Epithelreihe unterbrochen durch grosse rundliche, blasige, ziemlich scharf contourirte Gebilde, welche über das Niveau der Epithelreihe hinausragen. In diesen sieht man im Innern, von einer durchsichtigen Zone getrennt, bald undeutlich contourirte blasse, gequollene offenbar in Degeneration befindliche Zellen, mit einander verschwommen oder aber die zelligen Gebilde fehlen ganz und das Innere ist von einer Menge dicht neben einanderstehender stark gefärbter Zellkerne erfüllt. Derartige Gebilde finden sich in dem noch erhaltenen Oberflächenepithel der Zotten, sowie auch in den abgeschnürten Taschen und stellen, wie mir scheint, degenerative Processe vor.

Es erübrigt mir noch ein kurzes Streiflicht auf die aetiologischen Verhältnisse, welche die oben beschriebenen Verhältnisse zu Wege bringen, zu werfen. — Wenn nicht ausschliesslich, so bedingen doch nur mit geringen Ausnahmen zwei Krankheiten: die puerperale Infection und die Gonorrhoe die eben geschilderten Processe.

Es hat anfangs in meinem Plan gelegen, an dem mir vorliegenden Material dieser Frage näher zu treten und jedes Präparat auf die eventuelle Anwesenheit von Mikroorganismen zu prüfen. Allein der Versuch ist resultatlos gewesen, woran zum grossen Theil die technischen Schwierigkeiten der Färbemethode der Bacterien im Gewebe Schuld sein mag. Daher kann ich mich an dieser Stelle nur auf Untersuchungen anderer Autoren berufen. Auf die nicht unbedeutenden Schwierigkeiten Bacterien im Gewebe der Eileiter zu finden, ist von allen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, hingewiesen worden. Menge[24]), welcher 1891 bei der Untersuchung des Entzündungsproductes von 26 Fällen eitriger Tubenerkrankung 8 Mal Bacterien fand (Gonococcen 3 Mal, Streptococcus pyogenes 2 Mal, Staphylococcus pyogenes albus, ein Diplococcus und ein Stäbchen saprophytischer Natur je ein Mal) konnte in den Organwandungen kein einziges Mal die Anwesenheit von Bacterien nachweisen. Menge betont die Schwierigkeit die Microorganismen im Gewebe zu tingiren und lässt die Frage offen, ob die negativen Untersuchungsresultate auf die rein technischen Schwierigkeiten zu beziehen sind, oder ob die Bacterien überhaupt in den Organwandungen nicht anzutreffen sind, was sich besonders auf ältere Pyosalpinxsäcke bezieht. Schliesslich wird von Orthmann[25]) auf die Möglichkeit hingewiesen, dass die Bacterien im Gewebe in einer Form weiter existiren, welche mittest der bisher (1887) bekannten Färbe- und Culturmethoden nicht hat nachgewiesen werden können. — Geringere Schwierigkeiten bietet der Nachweis von Microorganismen im Eiter der Tuben selbst, wenn auch hiebei, wie wir gleich sehen werden, negative Resultate nicht zu den Seltenheiten gehören. Westermark[26]) ist es zum ersten Mal gelungen im Tubeneiter Gonococcen zu finden, ihm folgte alsbald Orthmann[27]). Bald mehrten sich die bacteriologischen Untersuchungen des Eiters, doch mit sehr verschiedenen Resultaten: ein Theil der Autoren konnte gestützt auf Reinculturen und Impfungen nur negative Resultate veröffentlichen und gaben als Grund für den vergeblichen Nachweis von Bacterien im Eiter den Umstand an, dass dieselben, wenn auch an-

[24]) Menge: Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1891 Band XXI.
[25]) Orthmann: l. c. pag. 194.
[26]) Westermark citirt nach Orthmann l. c.
[27]) Orthmann: Berlin. Klin. Wochensch. Nr. 14. 1887.





fänglich vorhanden im stagnirenden Eiter unter dem Einfluss ihrer eigenen Stoffwechselproducte mit der Zeit zu Grunde gehen und zerfallen. (Slawjansky[28]) und Fritsch[29])) Ueber negative Resultate berichten unter Anderen Orthmann[30]), v. Rosthorn[31]), Sawinow[32]), Sutugin[33]) Schäffer[34]), Gusserow[35]) u. A. Letzterer hat in zahlreichen Fällen von Pyosalpinx den Eiter auf die Anwesenheit von Gonococcen untersucht, doch stets mit negativem Erfolge. —

Diesem Befunde gegenüber stehen die abweichenden Ergebnisse anderer Autoren, wie vornehmlich die Menge's und Krönig's[36]), Wertheim's[37]). A. Menge, der auf diesem Gebiet wohl die meisten Untersuchungen angestellt, hat übrigens auch über eine Reihe von Fällen zu berichten, in denen er den Eiter steril fand. In dem vielfach citirten Werk, dem eine jahrelange mühevolle Arbeit zu Grunde liegt, resumirt er das Endergebniss seiner bacterioscopischen und culturellen Untersuchungen in folgender Weise: «in 122 Fällen von Salp. pur. fand ich den Tubeninhalt resp. Tubenwand 75 Mal keimfrei, 47 Mal keimhaltig». Anderen Ortes sagt Menge: «der Inhalt und die Wandungen von Eitertuben sind überwiegend keimfrei, am häufigsten (25%) lässt sich als aetiologisches Moment der Salp. pur. der Gonococcus Neisser im Tubeneiter nachweisen. Wertheim[38]), der als erster den experimentellen Weg der Impfungen und Culturen betrat, fand von 116 bacteriologisch untersuchten Eitertuben das Entzündungsproduct 71 Mal steril, 33 Mal gonococcenhaltig, 6 Mal streptococcenhaltig, Staphylococcus pyog., Pneumococcus Fraenkel je 1 Mal und 4 Mal nicht näher zu bestimmende Bacterien. Witte[39]) fand unter 39 Fällen von Pyosalpinx den Eiter 15 Mal steril, 24 mal war der Befund ein positiver.

Aus dem eben Angeführten geht hervor, dass der Tubeneiter in der Mehrzahl der Fälle frei von Bacterien ist. Es würde zu weit führen, auf die diesbezüglichen Befunde näher einzugehen, es seien unter Anderen Martin[40]), Frommel[41]), Döderlein[42]) Prochownik[43]) genannt.

Ausser Gonococcen, Staphylococcen und Streptococcen sind gefunden worden der Diplococcus Fränkeli, Kapselcoccen, der Bacillus des malignen Oedems, der Tuberkelbacillus, das Bacterium coli commune, Saprophyten und der Strahlenpilz der Actinomykose.

Sehr viel weniger zahlreich sind die Mittheilungen über das Vorkommen von Mikroorganismen in der Gewebswand. Die bisher auf diesem Gebiet angestellten Untersuchungen finden sich in der Monographie Menge's und Krönig's citirt. Menge hat bei seinen letzten Untersuchungen, die er an frisch exstirpirten Tuben vornahm, neben dem Eiter stets die Gewebswand selbst bacteriologisch untersucht und vielfach die verschiedenartigsten Culturverfahren in Anwendung gezogen. Neben manchen Misserfolgen hat Menge doch auch manchen interessanten positiven Befund zu verzeichnen. Ueber die Ursachen des verhältnissmässig selten gelungenen Nachweises der Mikroorganismen im Gewebe ist oben kurz Erwähnung gethan. Die Auffindung ist eine sehr mühsame. Wertheim[44]) stellt als eine unerlässliche Bedingung hin, dass die Schnitte so fein sind, dass kein Zellkern die Mikroorganismen verdeckt. Ausserdem kommen die Gonococcen stets in sehr spärlicher Anzahl im Gewebe vor.

Ich möchte zum Schluss bemerken, dass der Untersuchung des Eiters in den Adnextumoren, der anfangs ein mehr theoretisches Interesse entgegengetragen wurde, auch von mancher Seite eine practische Bedeutung beigemessen wird. Im Hinblick auf die Bedeutung für den Ausgang der Adnexexstirpation je nach dem Vorhandensein oder dem Nichtvorhandensein von septischen Keimen im Eiter, stellt Wertheim[45]). den Vorschlag Schauta's unterstützend, die stricte Forderung, während der Laparotomie den Eiter entzündlicher Adnextumoren mikroskopisch zu untersuchen und nach dem Befunde die Wundversorgung zu gestalten.

[28]) Slawjansky: Журн. акуш. и женск. бол. 1891. Nr. 3.
[29]) Fritsch: Krankheiten der Frauen. 1896.
[30]) Orthmann: Virchows Arch. Band 108.
[31]) von Rosthorn: Wiener kl. Wochensch. 1891. Nr 13 und 14.
[32]) Sawinow: Arch. f. Gyn. Band 34. Heft 2.
[33]) Sutugin: Wratsch. 1886. Nr. 17.
[34]) Schäffer citirt nach Menge und Krönig. Bacteriologie des weibl. Genitaltractus. 1897. pag. 249.
[35]) Gusserow: l. c.
[36]) Menge und Krönig: Bacteriologie des weibl. Genitalcanals. Th. II. bearbeitet von Menge.
[37]) Wertheim: Arch. f. Gyn. Band 42. Heft 1.
[38]) Wertheim: Volk. kl. Vortr. N. F. Nr. 100.
[39]) Witte: Deutsche med. Wochensch. 1892. Nr. 20 und Zeitschrift f. Geb. und Gyn. XXV. 1893.
[40]) Martin: Zeitschrift f. Geb. und Gyn. XXIV. Verhandlungen der Ges. für Geb. und Gyn. p. 152.
[41]) Frommel: Centralbl. für Gyn. 1892. Nr. 11.
[42]) Döderlein: Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 13.
[43]) Prochownik: Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 21.
[44]) Wertheim: Wien. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 25.
[45]) Wertheim: Volkmann's klin. Vortr. N. F. Nr. 100

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. A. Eulenburg. III. Aufl. Band XV. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1897.

Dieser Band enthält die Artikel Mechanotherapie bis Mollin. Gewiss die werthvollste Arbeit ist die Bearbeitung der «Missbildungen» von Marchand — eine vollständige und schön geschriebene Monographie. Aber auch die übrigen Artikel bieten eine Fülle des Belehrenden; mit Spannung sehen wir den weiteren Lieferungen des schönen Werks entgegen.

W.

M. E Schwalbe (Langensalza): Studien aus der Praxis für die Praxis über die bisher beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen des Diphtherie-Heilserums. Verlag des «Reichs-Medicinal-Anzeigers». B. Konegen. Leipzig. 1898. Preis 2 M. 40 Pf.

Schwalbe, ein Mann, der auf dem Gebiete der Diphtherieserumtherapie über eine grosse persönliche praktische Erfahrung verfügt, hatte sich an die höchst mühevolle Arbeit gemacht, die zahlreichen Mittheilungen über die bisher beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen des Diphtherie-Heilserums einer strengen Kritik zu unterziehen. Dabei ist vom Verf. die Literatur nach Möglichkeit in ausgiebiger Weise benutzt worden. Nicht leicht war es zu einer Entscheidung zu kommen, da doch über so manche Krankheitssymptome, aufgetreten im Verlaufe der Diphtherie nach der Injection, von den einzelnen Forschern die conträrsten Deutungen vorhanden sind. Ist es doch vom höchsten Interesse, ob denn wirklich diesem häufig sich so bewährt habenden Heilmittel schädliche Eigenschaften anhaften?

In der kritischen Studie werden nun vom Autor der Reihe nach in einzelnen Capiteln alle dem Serum zugeschriebenen Erscheinungen durchgesprochen. Zum Schlusse der Arbeit recapitulirt Schwabe die einzelnen Ergebnisse, von denen hier nur einiges erwähnt werden soll:

Alle bis jetzt beobachteten Nebenwirkungen bei Gebrauch des Diphtherie Heilserums, wie Exantheme, Albuminurie, Paralysen u. s. w. seien nicht dem Antitoxingehalt zuzuschreiben, sondern andere Gründe müssten herangezogen werden, wobei die verschiedene Schwere der Infection und die überaus mannigfaltigen klinischen Begleiterscheinungen, wie sie sowohl bei der reinen Diphtherie als auch bei Mischformen vorkommen, stets im Auge behalten werden sollten. Die Möglichkeit einer Idiosynkrasie bei manchen Kranken sei nicht zu leugnen. Aeusserste Asepsis bei der Injection nicht ausser Acht zu lassen.

«Für die fast unmittelbar bis zu einigen Stunden, Tagen und Wochen nach der Heilserum-Injection beobachteten Todesfälle ist in keinem einzigen Fall ein stringenter Beweis für

den Causalnexus zwischen Heilserum und Exitus letalis erbracht worden».

«Diese plötzlichen Todesfälle sind weder durch den Antitoxingehalt, noch den conservirenden Zusatz, noch durch das Serum an sich herbeigeführt, sondern nur zu erklären: a) durch tötlichen Shok in Folge krankhafter Reflexerregbarkeit, wie sie vorzugsweise bei Individuen mit sog. lymphatisch-chlorotischer Constitution vorhanden zu sein pflegt. b) Durch Erstickung in Folge Aspirirung erbrochener Massen. c) Durch Injection des Serums direct in eine Vene (Gerinnungsembolie, Luftembolie). d) Durch Injection in ein Lymphstämmchen (zu stürmisch verlaufende Resorption)».

Schwalbe empfiehlt zur Injection die Subscapulargegend zu wählen: «sie ist nicht sonderlich sensibel, die Resorption erfolgt nicht zu schnell von ihr aus, aber auch nicht zu langsam, sie ist dem Betasten durch den kleinen Patienten entzogen, endlich wird die Manipulation der kleinen Operation dem ängstlichen Kinde nicht sichtbar, wodurch Aufregung und Unsicherheit im Einstich erspart bleiben».

In Betreff des Immunisirens äussert sich Verf. folgendermassen: «nach den bisherigen Erfahrungen ist eine Praeventivimpfung nur bei besonders bösartiger Diphtherie und grosser Ansteckungsgefahr vorzunehmen». Im umfangreichen Literaturverzeichniss finden wir 163 Arbeiten angeführt.

Hecker.

Dr. E. Aufrecht (Magdeburg): Zur Verhütung und Heilung der chronischen Lungentuberculose. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1898. Preis 80 Pf.

Sowohl eigene langjährige Erfahrung, als auch die Beobachtungen mancher anderer Forscher veranlassen Aufrecht mit Entschiedenheit zu negiren, dass der Tuberkelbacillus ein dermassen virulenter Mikrobe sei, dass seine Invasion allein schon genüge Lungenphthise hervorzurufen. Er tritt hierdurch der Koch'schen Anschauung, dass der Tuberkelbacillus die Ursache der menschlichen Phthise sei, auf das Bestimmteste entgegen und behauptet, zuerst müsse die kranke Lunge vorhanden sein und dann stelle sich der Bacillus ein, der nun die weiteren anatomischen Veränderungen beeinflusst und ihnen ein charakteristisches Gepräge auferlegt.

Bekanntlich beginne die Lungephthise am häufigsten ihren Verheerungszug von der Lungenspitze aus. Diese Lungenpartien werden nun relativ leicht von kleinen broncho-pneumonischen Entzündungen befallen, was, wie eben erwähnt, einen günstigen Boden zur Ansiedelung des Tuberkelbacillus abgebe.

Um nun den Process aufzuhalten, sei bei vorhandenem Verdacht einer beginnenden Erkrankung der Lungen sofort zu den strengsten prophylactischen Massregeln zu greifen. Das Erkennen aber des beginnenden Processes sei von der grössten Wichtigkeit! Verf. schreibt einer hereditär tuberculösen Disposition eine recht grosse Bedeutung zu. Deshalb müssen anamnestisch die sorgfältigsten Nachfragen gestellt werden nach irgend welchen in der Familie vorgekommenen Erkrankungen der Respirationswege schwerer Art. Doch soll auch eruirt werden, ob beim Betheiligten vielleicht Geschwister an Meningitis tuberculosa verstorben sind, ob bei ihm oder den Geschwistern Erkrankungen an Diphtherie, Croup oder sonstigen Infectionen vorgekommen sind. (In tuberkulösen Familien sollen Infectionskrankheiten häufiger vorkommen). Nach überstandener Rachitis und Scrophulose soll gefahndet werden. Die typische Lungenphthise entwickele sich am häufigsten zwischen dem 15 bis 30 Jahre. «Das Zusammenkommen von dreierlei objectiven Symptomen, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Anamnese, verlangt Schutzmassregeln im Pubertätsalter. Diese Symptome sind: graciler, schlanker Körperbau, Tiefstand einer oder beider Claviculae und Anaemie mit allen ihren Folgen. Je grösser die Zahl der anamnestischen Daten und der genannten positiven Befunde ist, welche bei einem Einzelnen zusammentreffen, desto mehr ist eine geeignete Prophylaxe geboten.

Verf. möchte jedem dringend ans Herz legen, einen jeden anaemischen Menschen im Pubertäsalter, beziehungsweise zwischen 15 und 30 Jahren, einer genauen objectiven Untersuchung, namentlich auf seinen Lungenbefund hin, zu unterziehen, falls er sich um ärztlichen Rath wendet. Verlaufe doch recht häufig eine Lungentuberculose im Anfangsstadium ganz ohne subjective Symptome seitens der Lungen.

Ist Verdacht auf Phthise vorhanden, so sollen sofort die prophylactischen Massregeln ergriffen werden, welche beim Verf. sich auch auf therapeutische, diaetetische und hygienische Vorschriften beziehen.

Falls nun die Krankheit manifest geworden ist, so seien ähnliche Massregeln, wie zum Zweck der Prophylaxe, zu ergreifen daneben aber muss auch therapeutisch gegen eventuell vorhandene Symptome, Haemoptoe, Husten, Nachtschweisse etc. vorgegangen werden.

Verf. beschränkt sich in der Mittheilung auf das Anfangsstadium der Tuberculose der Lungen.

Das Nähere ist in der sehr empfehlenswerthen Arbeit selbst nachzulesen.

Hecker.

Atlas der Syphilis und syphilitischen Hautkrankheiten. Von Dr. Martin Chotzen in Breslau. Heft I—IV. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 897.

Es ist gewiss ein sehr anerkennenswerthes Bestreben, durch die Herausgabe farbiger Nachbildungen von Hauterkrankungen und Syphilissymptomen das Studium dieser Krankheiten zu erleichtern und somit begrüssen wir auch dieses neue Unternehmen eines so anerkannt tüchtigen Special-Collegen der Neisser'schen Schule mit Freuden. Andererseits haben wir schon oftmals bei Besprechung derartiger Bilderwerke hervorheben müssen, wieviele Schwierigkeiten sich der Ausführung derartiger Unternehmungen entgegenstellen, Schwierigkeiten, denen sich Verf. des vorliegenden Werkes nicht hat entziehen können. Er beabsichtigt in 12 Heften (à 3 Mark mit je 6 Tafeln in Quart-Format) in 109 Bildern die Hauptformen der Syphilis wiederzugeben, nicht die seltenen, sondern gerade die gewöhnlicheren Symptome, um das Studium derselben zu erleichtern.

Im Heft I liegen uns die verschiedenen Formen der Sclerose und zur Differentialdiagnose Ulcus molle und Ulcus mixtum vor, sowie maculöses Exanthem, wozu Heft II zur Differentialdiagnose Urticaria, Erythema exsudativum, Pityriasis versicolor und Maculae cutis dorsi post eczema post scabiosum bringt und da müssen wir denn leider sagen, so vorzüglich die erste Lieferung, so wenig befriedigt in technischer Ausführung das Heft II. Auch in Heft III und IV sind ein Theil der Tafeln nicht günstig ausgefallen, so z. B. würde man auf der Tafel 24 den Lichen ruber planus, ohne die Unterschrift zu lesen, nicht diagnosticiren können. Vorzüglich ist dagegen der kurze begleitende Text, namentlich bezüglich der differentiellen Diagnostik und macht derselbe die Schattenseiten der Abbildungen weniger empfindlich.

Ein endgültiges Urtheil behalten wir uns bis zur Vollendung des Werkes vor.

P.

Prof. Dohrn: Die Behandlung des Nachgeburtszeitraumes für den Gebrauch des praktischen Arztes. Mit 12 Abbildungen in Holzschnitt. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1898.

Ob und wann die Nachgeburt künstlich zu entfernen ist. ist von den Autoren viel discutirt worden. Die extremsten Ansichten haben sich lange Zeit gegenüber gestanden. Wie in allen zweifelhaften Fällen, so werden wir auch hier gut thun den Naturkräften zu vertrauen und die Sorge für die Ausstossung der Nachgeburt ruhig dem Uterus selber zu überlassen. Spiegelberg hat den Ausspruch gethan: Der Arzt, welcher bei den von ihm selbst geleiteten Geburten viel mit Nachgeburtsstörungen zu thun hat, darf das sich selber zuschreiben.

Von den Handgriffen zur Entfernung der Nachgeburt wird der alte «innere» zum Glück nicht mehr angewendet, nachdem durch ihn besonders in der vorantiseptischen Zeit viel Unheil angerichtet worden ist.

Was den Credé'schen Handgriff anbetrfft, so lehrte Credé selbst, dieses Verfahren sobald als möglich nach der Geburt anzuwenden, und zwar galt als der beste Zeitpunkt die 3., seltener schon die 1. oder 2. Nachgeburtswehe.

Doch wenn man sich den Ablösungsprocess der Placenta vergegenwärtigt, so ist es klar, dass je länger man die Inangriffnahme des Handgriffes hinausschiebt, desto besser in der Regel der Erfolg ist. Den preussischen Hebammen ist es untersagt, vor der ersten halben Stunde den Handgriff zu machen, man kann aber bei regelmässigem Geburtsverlauf ruhig bis nach Ablauf der 2. Stunde nach der Geburt des Kindes warten.

Was die Abschälung der Placenta betrifft, so hat man die Gefährlichkeit derselben unterschätzt. Nach der Berechnung von Hegar war die Mortalität an Puerperalfieber bei der Placentarlösung 7%, d. h. von 14 Operirten stirbt eine. Daher wird der gewissenhafte Arzt nur nach Erschöpfung aller gewöhnlichen Mittel zur Abschälung der Placenta schreiten.

Sowohl der Credé'sche Handgriff als die Placentarlösung sind vom Verfasser genau beschrieben und durch verschiedene Abbildungen veranschaulicht. Doch muss in Bezug darauf auf das Original verwiesen werden.

Was die Behandlung der post partum eintretenden Blutungen anbetrifft, so verdienen in dieser Hinsicht von den neueren Vorschlägen die heissen Einspritzungen und die Tamponade der Uterinhöhle Erwähnung. Der Gedanke, die früher üblichen kalten Irrigationen durch heisse (50° C.) zu ersetzen, schien ganz rationell, da auf diese Weise dem durch Blutverlust erschöpften Körper der Gebärenden die nöthige Wärme zugeführt wird. Da aber das heisse Wasser nur durch Schwellung der Uterininnenfläche, nicht aber durch feste Contraction der Muscularis die Stillung der Blutung bedingt, so kann man schwer voraussagen, ob nicht nach einer solchen Injection ein lähmungsartiger Zustand des Uterus eintritt, der aller Abhülfe spottet.



Snegirew hat in der neuesten Zeit die Anwendung des heissen Wasserdampfes zur Blutstillung empfohlen.

In der Dührssen'schen Uterustamponade haben wir, wenn uns auch alles andere im Stich lässt, eine Methode der Blutstillung, auf die wir uns mit Sicherheit verlassen können. Durch ihre Einfachheit und prompte Wirkung hat sie sich in der Praxis schnell eingebürgert. Durch dieselbe können Verletzungen des Cervicalcanals und des Muttermundes, die früher häufig Schwierigkeiten in der Behandlung boten, sicherer behandelt werden. Fr. Mühlen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 22. Januar 1897.

Brackel spricht über Pancreascysten.

Vortragender berichtet über einen Fall von Pancreascyste, der von Dr. W. Zoege von Manteuffel per laparotomiam et excisionem zur Heilung gebracht wurde. Die Diagnose war vor der Operation nicht mit Sicherheit gestellt worden, da es sich um einen über mannskopfgrossen fast das ganze Abdomen ausfüllenden Tumor handelte. Der Fall betraf eine 34-jährige unverheiratete Dame, die seit 2½ Jahren krank war. Die exstirpirte Geschwulst erwies sich als multiloculäres Cystadenom der Cauda des Pancreas und wurde als solches auch microscopisch diagnosticirt. Demonstration von Präparaten. Vortragender bespricht sodann die Schwierigkeit der Diagnose und führt an, dass König unter 32 Fällen nur 6 mal die Diagnose sicher oder mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellt hat. In Bezug auf die Differentialdiagnose ist es gut dem Vorschlage Senn's zu folgen und den Ort der Entwickelung des Tumor's zu berücksichtigen, indem Pancreastumoren sich wohl ausschliesslich in der Regio epigastrica und hypochondriaca entwickeln werden. In Bezug auf die bei Pancreastumoren vorkommenden Magen-Darmstörungen, kämen letztere wohl nur zu Stande, wenn entweder Verwachsungen des Tumor's mit dem Magen resp. Darm sich vorfänden, oder der Tumor bereits so gross geworden sei, dass er durch sein Volumen eine bedeutende Raumbeschränkung in der Oberbauchgegend bedinge. Die meisten Fehldiagnosen sind zu Gunsten von Ovarialcysten gemacht worden, doch glaubt Vortragender, dass a priori die Differentialdiagnose zwischen Ovarial- und Pancreascysten weniger Schwierigkeiten bereiten sollte, als die zwischen Pancreascyste und Hydronephrose resp. Nierencyste, namentlich wenn die Cyste dem Schwanztheil des Pancreas entwachsen ist. — Die Behandlung der Pancreascysten ist seit Gussenbauer speciell eine chirurgische geworden. In der weitaus grössten Zahl der Fälle ist die Incision mit nachfolgender Drainage geübt worden; an einer kleinen Zahl der Fälle ist die Totalexstirpation der Geschwulst mit Resection im gesunden Pancreasgewebe vollzogen worden (13 Fälle mit 5 Todesfällen). — Die Incision und Drainage ist fraglos ein geringfügiger Eingriff im Gegensatz zur Exstirpation, doch hat auch sie manche Schattenseiten: langsame Heilung, Eczeme in der Umgebung der Fistel, Recidive (Madelung, Richardson). — Die Exstirpation von Pancreastumoren ist allerdings mit nicht geringen Gefahren verknüpft, die hauptsächlich aus der unmittelbaren Nähe wichtiger nervöser Elemente und grosser Gefässe erwachsen (cf. Ruge). Aus diesen Gründen muss bei der Exstirpation mit grösster Vorsicht zu Werke gegangen werden und kann man sie allerdings nur dann vornehmen, wenn man sich nach Eröffnung der Bauchhöhle resp. im Falle der Tumor sehr gross ist, nach Entleerung des Cysteninhaltes über die anatomische Lage ein klares Bild geschafft hat. In Fällen wo keine erheblichen Verwachsungen mit den Nachbarorganen vorliegen, wo eine Ausschälung möglich ist, ist auch die Blutung zu beherrschen, wenn Alles, was scharf durchtrennt werden soll, vorher isolirt, anatomisch bestimmt und wenn es sich um ein Gefäss handelt, doppelt unterbunden wird. Die Abtragung der Cyste in ihrem Fusspunkt wird bei ausgiebigem Bauchschnitt und richtiger Lagerung des Pat., woher darauf geachtet werden muss, dass die Wirbelsäule soweit als möglich in lordotischer Krümmung sich befindet, auch bei fetten Personen der Exstirpation kein absolutes Hinderniss sein. Bei diagnostisch zweifelhaften Tumoren der Bauchhöhle, tritt die Probelaparotomie in ihr Recht, während die Probepunction unter allen Umständen zu verwerfen ist. — Zum Schluss giebt Vortragender die verschiedenen Ansichten der Autoren über die Aetiologie der Pancreascysten wieder und unterscheidet selbst.

1) Retentionscysten } im eigentlichen Pancreasgewebe.
2) Cystische Neubildungen }
3) sog. Pseudocysten, die im Bereich der nächsten Umgebung des Pancreas entstehen und nur einen indirecten Zusammenhang mit der Bauchspeicheldrüse haben. Zu letzteren sind alle jene in der Litteratur verzeichneten Fälle zu rechnen, bei welchen vor der Entstehung ein Trauma des Abdomens anamnestisch nachweisbar ist, ein Tumor in der Oberbauchgegend diagnosticirt und im Anschluss an die Laparotomie blutiger resp. brauner flüssiger Inhalt, vermuthlich einer Cyste entleert worden ist.

(Autoreferat).

Discussion

Kessler: fragt nach der durchschnittlichen Grösse der Cysten.

Brackel: die meisten waren Kindskopfgross, doch auch grösser. Der besprochene Fall betraf einen Tumor von über Kindskopfgrösse.

Kessler: spricht seine Verwunderung aus, dass eine Verwechselung mit Ovarialcysten als häufig angeführt wird. Naheliegend wäre sie bei sehr grossen Cysten, doch wo es sich um kleinere handelt, deren untere Grenze die Nabelhöhe nach unten nur wenig überschreitet, müsste es doch nicht so schwierig sein, die beiden Cysten auseinanderzuhalten.

Brackel: erklärt sich das Factum dadurch, dass, nachdem die Cyste eine bestimmte Grösse erreicht hat, sie nach unten sinkt, event. bis in das Becken gelangen kann. Erleichtert wird dieser Vorgang durch den Umstand, dass die Cauda des Pancreas von der diese Cysten ihren Ursprung nehmen meist in einer Ausdehnung von 5—10 Cm. beweglich ist

Kessler: leichter erklärlich wäre eine Verwechselung mit sehr langgestielten Ovarialcysten, die jedoch im ganzen selten sind. Er hat eine solche beobachtet, die sich leicht mit ihrer Kuppe bis an das Zwerchfell drängen liess, wobei dann ihre untere Grenze in Nabelhöhe palpabel war.

Brackel: eine Verwechselung mit Nierencysten ist viel naheliegender, als mit Ovarialcysten.

Hoffmann: fragt wie häufig Diabetes bei diesen Cysten beobachtet wird.

Brackel: in mehreren Fällen ist Diabetes vorhanden gewesen (Fall Martin), Küster giebt denselben als Symptom der Pancreascysten an. Jedenfalls fehlt er häufig oder gar in der Mehrzahl der Fälle:

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Die Gesellschaft der Kinderärzte bei der Moskauer Universität (Präsident Prof. Filatow) hat den Professor der Kinderheilkunde und der pädiatrischen Klinik an der Münchener Universität, Dr. H. v. Ranke, zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Am 10/22. April beging der bekannte Kliniker Prof. Dr. Theodor Thierfelder, Director der medicinischen Klinik in Rostock, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar gehört einer Familie an, aus der mehrere namhafte Mediciner hervorgegangen sind. Sein Vater war ein hervorragender Forscher auf dem Gebiet der Epidemiologie und Geschichte der Medicin, sein älterer Bruder trat als Psychiater hervor und sein jüngerer Bruder bekleidet die Professur der pathologischen Anatomie an der Universität Rostock. Die Doctorwüde erwarb Thierfelder in Leipzig, wurde 1850 Privatdocent daselbst und Assistent des damaligen berühmten Klinikers Wunderlich, bis er 1855 als Professor nach Rostock berufen wurde, wo er bereits seit 42 Jahren die medicinische Klinik leitet. Von seinen zahlreichen wissenschaftlichen Publicationen nennen wir hier den Abschnitt über Leberkrankheiten, welchen Th. für das grosse Ziemssen'sche Werk beschrieb.

— Verabschiedet: der ältere Ordinator des Iwangorodschen Militärhospitals, Collegienrath Dr. Schulz, mit Uniform und Verleihung des Staatsrathranges.

— Verstorben: 1) Am 9. April in Tschernigow der Arzt am Krankenhause zum Ankenken an Kaiser Alexander III. Dr. Nikolai Ulesko, im 35. Lebensjahre an Pneumonie. Der Verstorbene, welcher i. J. 1886 den Cursus absolvirte, beschäftigte sich trotz seiner ausgebreiteten Praxis fleissig mit der Wissenschaft und besass eine ausgezeichnete medicinische Bibliothek und ein kleines Laboratorium. Er hat mehrere populäre medicinische Brochüren veröffentlicht, darunter auch Uebersetzungen aus anderen Sprachen. 2) In Wilna am 6. April der Präsident der Wilnaschen medicinischen Gesellschaft, Dr. Hippolyt Jundzill im Alter von 52 Jahren am Schlage. Der Hingeschiedene war in Wilna geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1866—72 Zoologie und Medicin studirte. Nach Erlangung der med. Doctorwürde war J. von 1872—87 Ordinator am St. Jakobs-Hospital in Wilna, seit 1887 aber älterer Ordinator am Hospital Ssawitsch ebendaselbt. Er nahm als Arzt wie als Mensch eine

hochgeachtete Stellung in seiner Vaterstadt ein. 3) Am 16. April in St. Petersburg der Sanitätsarzt des Narw'schen Stadttheils Peter Stankiewicz. Der Verstorbene, welcher 40 Jahre praktisch thätig gewesen ist, war früher viele Jahre Polizeiarzt des genannten Stadttheils. 4) In Klinzy (Gouv. Tschernigow) der Senior der dortigen Aerzte Dr. Joseph Snarski im hohen Alter von nahezu 88 Jahren. Das Arztdiplom hatte er bereits i. J. 1837 von der ehemaligen Wilnaschen medico-chirurgischen Academie erhalten und die ärztliche Praxis erst vor 4 Jahren in Folge von Schwerhörigkeit aufgegeben. 5) In St. Petersburg am 13. April die Aerztin Seraphine Ssolowjew nach langer schwerer Krankheit im 39. Lebensjahre. Praktisch thätig ist sie seit 1886 und zwar in Wjasma gewesen. 6) In Paris der berühmte Kinderarzt Dr. Charles West, 82 Jahre alt. Sein technisches Handbuch der Kinderkrankheiten ist aus dem Englischen in viele Sprachen übersetzt worden.

— Der Privatdocent für Gynäkologie an der Moskauer Universität, Dr. A. N. Ssolowjew, ist zum Ehrenpräsidenten des im October-Monat in Moskau stattfindenden Congresses für Geburtshülfe und Gynäkologie gewählt worden. (Now. Wr.)

— Der bekannte Dermatologe, Professor v. Düring in Constantinopel, ist zum Subdirector des Hospitals Haidar-Pascha ernannt und zu dem Range «Miri-Miran» mit dem Paschatitel erhoben worden. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Die Wahl des Nachfolgers Prof. B. Tarnowski's auf den Lehrstuhl der Dermatologie und Syphilidologie an der militär-medicinischen Academie wird in nächster Zeit stattfinden. Als Candidaten für diese Professur werden die Privatdocenten der genannten Academie P. J. Graziansk i, T. P. Pawlow und F. K. Trapesnikow genannt

Der Moskauer Arzt Dr. A. M. Korowin, Präsident des Moskauschen Mässigkeitsvereins, hat soeben eine Heilanstalt für Alkoholiker auf seinem Gute (6 Werst von Moskau entfernt) eröffnet. Dieselbe ist nach dem Muster derartiger Anstalten im Auslande eingerichtet und nur für Alkoholiker männlichen Geschlechts bestimmt.

— Auf der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Düsseldorf soll, wie die «Allg. m. Central.-Ztg.» meldet, wieder eine Section für Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften, sowie für geographische Verbreitung der Krankheiten» gebildet werden. Einführender ist der bekannte Paracelsusforscher Dr. Sudhoff; die drei einzigen deutschen Professoren für Geschichte der Medicin, Helfreich (Würzburg), Pagel (Berlin) und Puschmann (Wien) haben ihre Theilnahme zugesagt. Auch eine medicinisch-historische Ausstellung ist geplant. Eine Festschrift wird die Geschichte der Medicin in den Rheinlanden mit besonderer Berücksichtigung von Düsseldorf behandeln.

— Für die medicinischen Facultäten aller preussischen Universitäten tritt mit dem 1. October d. J. bezüglich der Erlangung der medicinischen Doctorwürde eine neue Verordnung in Kraft, nach welcher die medicinische Doctorpromotion erst nach Ablegung der ärztlichen Staatsprüfung erfolgen kann, wie das bisher bereits an den medicinischen Facultäten zu Leipzig, Giessen und Rostock üblich war.

— In Paris findet vom 27. Juli bis 2. August n. St. der IV. Congress für Erforschung der Tuberculose statt, für welchen unter anderen die «Bedeutung der Sanatorien als Mittel der Prophylaxe und Behandlung der Tuberculose», die «Serumtherapie der Tuberculose», und die Röntgen-Strahlen bei der Diagnose und bei der Behandlung der Tuberculose auf die Tagesordnung gesetzt sind.

— Der Medicinalrath bereitet eine neue Ausgabe der officiellen russischen Pharmakopöe vor, da die letzte Ausgabe bereits vollständig verkauft ist.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. April 1898.

Tagesordnung: Dr. Th. von Schröder: Ueber die Möglichkeit der Wiederherstellung des Sehvermögens bei Leucoma totale corneae. Demonstration eines Pat. mit künstlicher Cornea.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 4. Mai 1898.

Довв. ценз. Спб. 25 Апрѣля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 2. (14.) Mai 1898

Zehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zehnte Aerztetag wird in Wolmar am 20., 21. und 22. August a. c. stattfinden.

Vorträge, deren Dauer laut der Geschäftsordnung die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Mittheilung des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber den Tod von Darmzellen.

Von
A. Jürgensohn in Dwinsk (Dünaburg).
Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte Ost-Kurlands.

Meine Herren! Die Resultate meiner Studien und Beobachtungen, die ich jetzt mitzutheilen im Begriff bin, waren eigentlich nur für den eigenen Bedarf bestimmt, und durch das Bedürfniss entstanden, auf Fragen, die sich bei der täglichen Praxis aufdrängten, eine Antwort zu finden. Ich theile sie jetzt mit, weil sie meinen letzten Vortrag an den ich heute wieder anknüpfen will, in mancher Beziehung ergänzen. Und zwar kann ich genau an demselben Punkte anfangen, wo ich damals stehen blieb; mit der Thatsache, dass die Mikrobenflora des kranken und des gesunden Säuglingsdarmes dieselbe ist. Das vorige Jahr hat zwei Publicationen gebracht, die diese Frage einer sorgfältigen Prüfung unterziehen, von Szögö in Abbazia und von Baginsky und aus beiden geht zur Evidenz hervor, dass es keine specifischen Krankheitserreger sind welche die Sommerdiarrhöen verursachen, sondern dass es immer die alten Darmbewohner sind, die unter besonderen Umständen pathologische Erscheinungen machen.

Die Arbeit von Baginsky ist noch nach einer zweiten Richtung interessant. Er giebt ein klares übersichtliches Bild der anatomischen Darmveränderungen von den leichten Epithelverlusten bis zu massigen Infiltrationen, verbunden mit Mortificirung ganzer Gewebspartien und Follikel, und eine Eintheilung auf anatomisch-pathologischer Grundlage in Erkrankungen der Schleimhaut und der Follikel, die auch für den Praktiker von grossem Werthe ist.

Wir sehen die anatomischen Veränderungen an der Leiche, besonders an Darm und Niere, wir sehen am Krankenbette die Functionsstörungen der einzelnen Organe und die Allgemeinerscheinungen. Woher das alles? besondere Bacterien sind es also nicht! Welche Kräfte sind es aber die solche Zerstörungen des Lebens hervorbringen?

Ich glaube es ist nicht möglich auch nur einen Versuch der Beantwortung zu machen, ohne zuvor über die Gesetze unter deren Wirkung der Uebertritt des Darminhaltes in das Darmrohr und von da weiter stattfindet Klarheit zu suchen.

Wählen wir zunächst das Albumose Pepton als Ausgangspunkt. Auf der Höhe der Eiweissverdauung ist die Schleimhaut sehr albumosenreich und aus derselben gehen dieselben auf die Leucocyten über, an welche gebunden sämmtliche Albumose weiterbefördert wird. In den abführenden Gefässen ist weder in der Lymphe noch im Blutserum eine Spur nachzuweisen. Die Leucocyten vermehren sich während dieses Processes durch eine lebhafte Mitose, so dass sie in den abführenden Gefässen bedeutend zahlreicher sind als in den zuführenden. Unklar war nur bis vor Kurzem die Art und Weise dieses Ueberganges vom Darmkanal aus bis in die weissen Blutkörperchen. Da es nicht Diffusion und Filtration war so nahm man eine active Betheiligung der Darmzellen und Leucocyten an. Noch in dem von Noorden'schen Lehrbuch von 93 findet man diese Anschauung.

Unterdess haben aber die Untersuchungen von de Vries und van t'Hoff, von Hofmeister und Hamburger Licht in diese Vorgänge gebracht. Sie haben die physikalischen Eigenschaften der Salzlösungen festgestellt und da Eiweiss als lebendes Eiweiss nur in Verbindung mit

Salzen vorkommt auch die Gesetze denen das Protoplasma der Zellen bei Berührung mit anderen Lösungen unterliegt.

Ich will nur das für uns wichtigste recapituliren.

Zunächst ist durch Heidenhein festgestellt worden dass die Art der Resorption in der Bauchhöhle, ganz analog derjenigen im Dünndarm ist. Da nun die Hofmeister'schen Untersuchungen ergeben, dass die Resorption von Salzlösungen von der Bauchhöhle aus auch bei chemischen und thermischen Schädigungen, ja selbst bis 24 Stunden nach dem Tode, auf dieselbe Art stattfindet wie bei lebendem Gewebe, und fügen wir noch hinzu, dass bei Berührungen mit Salzlösungen sich die Quellung von Gelatineplatten ganz so verhält wie die von Thierblasen, so folgt nach bekannten mathematischen Grundgesetzen, dass auch dasselbe für die Verhältnisse im Dünndarm gilt, und also eine active Zellthätigkeit bei der Aufnahme von Eiweisslösungen weiterhin anzunehmen, wohl nicht mehr möglich ist und zur Lösung des Problems nur die allgemeinen physikalisch-chemischen Gesetze herangezogen werden können.

Die Untersuchungen der angeführten Forscher haben bisher folgendes ergeben:

1. Zwei Lösungen haben zusammengebracht das Bestreben sich auszugleichen. Die Molecüle gehen in einander über.

2. Liegt zwischen beiden eine Membran die für beide durchgängig ist, so ist das Endergebniss dasselbe.

3. Liegt zwischen beiden eine Membran die nur für das Lösungsmittel durchgängig ist, so macht sich das Bestreben nach Ausgleichung als Druck gegen dieselbe geltend. — Osmotischer Druck.

4. Die Höhe desselben hängt vom Moleculargewicht der Lösung ab. — Aequimoleculare Lösungen sind isotonisch. — Sie haben als gemeinsames Merkmal gleiche Gefrierpunktserniedrigung.

5. Sind die Lösungen nicht äquimolecular so verhalten sie sich ganz so zu einander wie die Gase in gleichem Falle — der Druck ist proportional der Concentration und der Temperatur.

Der Darminhalt und das Protoplasma der Darmzellen sind nun zwei solche Lösungen die diesen Gesetzen unterliegen: Der Uebertritt in die Zelle findet statt so lange der Druck verschieden und die etwaige Membran für die Lösung permeabel ist. Dadurch entsteht aber eine neue Druckdifferenz den Nebenzellen gegenüber bis zu den Leucocyten Diese gleicht sich so lange aus bis der Isotonus hergestellt ist. Alle chemischen Untersuchungen die beim Zusammenfliessen der Flüssigkeiten im freien Zustande stattfinden müssten, finden natürlich auch hier statt und verändern so die chemischen Eigenschaften.

Unter dem Einfluss derselben Gesetze finden wohl auch die Ausscheidungen aus der Zelle ins Darmlumen statt.

Die Leucocyten nehmen den peptonhaltigen Darminhalt auf diese Weise auf, vermehren sich in Folge dessen und tragen den Nährstoff zur weiteren Ausgleichung in den Körper. Bringt man lebendes Protoplasma in peptonalbumosehaltige Lösungen z. B. Somatose, so ist die Zunahme derselben an Grösse und Zahl eine ganz collosale, was dem Vorgange im Darme entsprechen würde und als Beweis für die Richtigkeit der Anschauung darüber aufzufassen wäre, gleichzeitige Parallelversuche mit stark eiweisshaltigem Darminhalt waren nicht einwandfrei da das Sterilisiren der Lösungen unterlassen war.

Ich stellte mir nun die Aufgabe zu untersuchen, welcher Art die Wirkung des pathologischen, anormalen Darminhaltes bei der Berührung mit lebendem Protoplasma, um der Ursache der von Baginsky beschriebenen anatomischen Veränderungen näher zu kommen. Dazu müsste man nun wie schon Brieger in seinen klassischen Untersuchungen über Ptomaine fordert, alle chemischen Individuen des Gemenges einzeln darstellen und einzeln auf die Wirkung prüfen. Nun geht aber aus Briegers Arbeiten hervor, dass in der grossen Masse der chemischen Körper der Eiweissfäulniss die Anzahl der differenten (giftigen — Ptomaine) gegenüber den indifferenten eine sehr geringe ist und die Zahl der ersteren erst bei energischem Sauerstoffzutritt eine grössere wird. Da nun im Darme kein Sauerstoff ist, so muss auch die Zahl der sich im Darm bildenden Ptomaine keine nennenswerth grosse sein, wenn sie überhaupt stattfindet und da es ausserdem mir auch nicht möglich war die Basen als solche chemisch rein darzustellen, so fing ich mit der Untersuchung der letzten gasförmigen Endproducte aller Eiweisszersetzung, dem Schwefelwasserstoff und Ammoniak, an besonders da auch die Wirkung der Ammoniakverbindungen, derjenigen des reinen Gases sehr ähnlich ist.

Und noch ein zweites bestärkte mich in einer derartigen Anordnung der Versuche. Wie Sie sich noch vom vorigen Male erinnern, ist die Erkrankung des Säuglingsdarmes direct proportional der Grösse der alkalischen Darmzone, es müssen also auch die schädlichen Substanzen besonders in ihr enthalten sein. Ein Versuch im Reagensglase ergab folgendes: Entfettetes Casein in einer Pepsinlösung bei Luftabschluss in zwei Flaschen gebracht, von denen die eine bis zu deutlicher Reaction angesäuert die andere alkalisch gemacht war, ergab bei der Untersuchung folgendes, in der alkalischen Lösung waren 3 Mal mehr Albumose, mehr Pepton-Kühne und Leucin und Thyrosin und viel mehr Gase: Ammoniak Schwefelwasserstoff, Alkaloide in keiner Lösung.

Jedenfalls ermunterte auch dieses Resultat dazu die Wirkung der gasförmigen Zersetzungsendproducte, über deren Schädlichkeit ja sonst kein Zweifel waltet auf ihre Wirkung der lebenden Zelle gegenüber zu untersuchen.

Bleiben wir beim Ammoniak. Bringt man in einem amöbenhaltigen Präparate unter das Deckglas eine Lösung 1:10 so erfolgt momentaner Tod. Die Membran platzt und das Protoplasma schiesst bis zur halben Länge des Thieres mit Gewalt aus der Oeffnung hervor, der Protoplasmainhalt mit der berührenden Lösung. werden also mit wahrnehmbarer Kraft in einander gerissen.

Werden die Lösungen verdünnt so ist das Bild ein anderes, es treten die wasserentziehenden Eigenschaften der Salzlösung deutlicher hervor. Das Eiweiss wird durch Wasserentziehung ausgefällt und es entsteht das Bild der Plasmolyse. bei Gelatin 1:200 nach 2—3 Min. schon ganz ausgesprochen. Werden die Lösungen noch weiter verdünnt so wird das Bild wieder undeutlicher. Sie wirken auf verschiedenes Protoplasma verschieden. Bei den höher organisirten Zellen treten krampfartige Zustände ein die in rhytmischen Bewegungen gewisse Segmente des Zellleibes einziehen bis schliesslich nur noch ein allgemeines Zittern stattfindet, ganz ähnlich der Ammoniakwirkung auf den ganzen menschlichen Organismus. Dasselbe lässt sich auch bei den Krustenthieren mit pulsirendem Inneren beobachten.

Bei Lösungen von 1:5—10,000 tritt der Zelltod nach ungefähr 30—40 Minuten ein. bei 1:20,000 nach 60 Minuten bei 1:30,000 nach 24 Stunden bei 1:40,000 erst nach 1—2 Tagen. In den immer gleichzeitig angefertigten Controllpräparaten mit aq. destillata fand niemals Zelltod statt, auch nach längerer Beobachtung nicht. Grössere Verdünnungen habe ich nicht mehr untersucht.

Lässt man Ammoniaklösungen so lange wirken bis die Bewegungen vollständig aufgehört haben, neutralisirt sie dann mit Säuren, so hört die weitere Zerstörung auf. Die Eigenbewegungen kehren aber zunächst noch nicht



wieder, tritt aber nach Zusatz von Wasser rasch vollständig wieder ein. Die Molecularcomplexe des Protoplasmas bewahren sich also eine gewisse Cohärenz oder Elasticität die erst bei einem gewissen Punkte ganz aufhört, bis zu demselben sind sie noch immer geneigt in ihre frühere Lage zurückzukehren.

Die Versuche mit Ammoniaklösungen wurden nun weiter auf die Darmbacterien ausgedehnt und da zeigte sich die interessante Thatsache, dass sich diese nicht nur ebenso wohl befanden als die in den Controllpräparaten mit Wasser,sondern noch grösser waren und kräftigere Eigenbewegungen hatten. Sogar bei einer Lösung von 1:10 behielten sie noch ihre Eigenbewegungen bei. Brieger macht in seinen Stoffwechseluntersuchungen bei bacterieller Wirkung darauf aufmerksam, dass die pathogenen Bacterien alle, besonders aber die Milzbrandbacillen Ammoniak abspalten.

Es wird sich mit der Zeit manches über die Pathogenität der Bacterien und die Grösse derselben aus diesem differenten Verhalten erklären lassen, zunächst folgt daraus, dass Protoplasma und Bacterienleib chemisch verschieden zusammengesetzt sind.

Die Wirkung des zweiten Gases, des Schwefelwasserstoff ist viel weniger einheitlich und wirkt auf verschiedenes Protoplasma ganz verschieden. Die Versuche sind auch nicht einwandfrei da wässerige Lösungen pathologischen Darminhaltes, in dem hauptsächlich H_2S nachgewiesen war, dazu benutzt wurde. Die hauptsächlich für die Versuche mit Ammoniak benutzten Wimperinfusorien blieben vollständig intakt, dagegen verfiel eine andere mehr längliche zur Gruppe der Sporozoa gehörige Art, die eine gewisse leicht grünliche Pigmentation hatte, nach 5—6 Stunden der Zerstörung. Diese grünliche Pigmentation hielt ich für chlorophyllhaltig und obgleich, wie schon einmal betont, die Versuche nicht einwandfrei und bis zu den letzten Consequenzen hin gemacht sind, so glaube ich doch schliessen zu können, dass, da die Einwirkung von H_2S auf Chlorophyll und Haemoglobin ganz dieselbe ist, dieses Gas auf die Darmzellen nicht zerstörend wirkt, sondern erst beim Uebertritt in haemoglobinhaltige Zellen, wo es das Haemoglobin zersetzt, und natürlich in grösseren Massen übertritt, je intensiver die Zerstörung des schützenden Epithels vorgeschritten ist.

Die Wirkung der Ammoniakverbindungen weichen von denen des reinen Ammoniaks, ja nicht weit ab und sind ziemlich identisch. Je complicirter aber die weiteren, aufsteigenden Verbindungen der Zersetzungsreihe werden, um so schwieriger sie rein herzustellen und um so schwieriger daher auch die reine Wirkung aufs Protoplasma zu beobachten. Mir war es jetzt nicht möglich nach dieser Richtung hin weiter zu kommen. Ausserdem hat mich wie schon erwähnt das Studium von Briegers Arbeiten über Ptomaine davon überzeugt, dass die Ausbeute an positiven Befunden nach dieser Richtung keine sehr grosse sein kann.

Da wir von dem Krankheitsbilde des Sommerdurchfalles der Kinder ausgingen so bleibt noch für die Zellenzerstörung des Nierenepithels eine Erklärung zu suchen. Hofmeister und seine Schüler haben nun festgestellt, dass die globulinfällende Wirkung der Salze auf ihrem Wasserentziehungsvermögen beruht und zweitens einen Parallelismus zwischen dieser Wirkung, geringem Diffusionsvermögen und abführender Wirkung festgestellt. Schwer diffusible Durchfall erzeugende Salze bewirken nun Diurese geringer als aqua destillata. Leicht diffusible Salze besonders Chlorate bewirken eine starke Diurese. Buchheim hat noch gezeigt, dass Glaubersalz in die Venen gespritzt nicht Durchfall durch Nervenreiz erzeugt. Es ist also mithin die wasserentziehende Wirkung die hier wieder in Frage kommt.

Wir können also schliessen, dass alle chemischen Lösungen im Darme eine Veränderung der osmotischen Druckverhältnisse im Nierenepithel bewirken und dass in Folge dessen Palsmolyse eintreten kann. Dasselbe gilt denn natürlich auch von den Ammoniakverbindungen. Eine directe Zerstörung durch Ptomaine (Toxine) hier heranzuziehen ist wohl nicht in dem Umfange möglich, wie es gewöhnlich gethan wird, besonders da der Beweis für ihr häufigeres Vorkommen im Darme noch fehlt.

Ich muss noch bemerken, dass alle mikroscopischen Beobachtungen mit einem Hartnack. Objectiv 8 Ocular IV gemacht sind, die Analysen der Eiweissfäulniss im chemischen Laboratorium des Mag. Jutt, von ihm selbst gemacht wurden. Die rasche Orientirung über alle Fortschritte der Untersuchung der Wirkung von Salzlösungen und ihren osmotischen Druck verdanke ich dem Sammelreferate von Heintz.

Ziehen wir nun die Consequenzen aus dem ganzen Material so ergiebt sich.

1. Es ist ganz gewiss, dass eine active Aufnahme der Eiweisslösungen in die Darmzellen nicht stattfindet, sondern der ganze Vorgang eine Folge mechanischer Naturgesetze ist die man durch eine mathematische Formel ausdrücken können muss.
2. Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei dem Tode der Darmzellen das Ammoniak und seine Verbindungen eine grosse Rolle spielten und dass die Wirkung der höher organisirten Zersetzungsproducte eine viel geringere ist.
3. Der Schwefelwasserstoff wirkt weniger local schädlich als vielmehr durch Zersetzung des Haemoglobins auf den Gesammtorganismus.
4. Eine genaue Grenze zwischen dem, was bei der Ernährung durch den Darm physiologisch und was pathologisch ist lässt sich überhaupt nicht ziehen da der Unterschied nur ein quantitativer ist. Ausserdem besteht dieser Unterschied als Unterscheidungsmerkmal nur so lange zu Recht, bis sich das Grundgesetz dessen, was man heute den Stoff- und Kraftwechsel der Zelle nennt mathematisch formuliren lässt.

Referate.

P. Ziegler: Zur Behandlung perforirender Stich- und Schussbauchwunden. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 10).

In der Münchener Klinik (Prof. Angerer), wo Verf. als Assistent thätig war, ist es seit mehr als 5 Jahren Usus, sofort jede penetrirende Bauchwunde operativ zu behandeln. Jede Bauchwunde, bei der die Möglichkeit einer Perforation vorhanden ist, wird schichtweise entlang dem Wundkanal erweitert und erst dann, wenn die Penetration nachgewiesen ist, wird auch die Wunde am Bauchfell erweitert. Bei Schussverletzungen oder mehrfachen Stichwunden ist es zweckmässiger sofort die Laparotomie in der Medianlinie zu machen, weil diese mehr Platz und bessere Uebersicht schafft. Für die einfachen Stichwunden genügte in allen Fällen die einfache Erweiterung, dagegen ist bei penetrirenden Schusswunden, besonders wenn der Schuss unterhalb des Nabels eingedrungen ist, nicht anders beizukommen, als dass man den ganzen Darm unter Anwendung warmer Kochsalzcompressen sorgfältig untersucht. Sobald eine Penetration des Darmes gefunden ist, soll dieselbe sofort, am besten mit dünner Seide genäht werden. Bei kleinen Wunden genügt die Lembert'sche Naht, bei grösseren Perforationen nähte Z. in 2 Etagen, Schleimhaut und Serosa. Bei Schussverletzungen mit gequetschten Rändern hält Verf. es im Interesse der Zeitersparniss für zweckmässiger nicht zu reseciren, sondern einfach die gequetschten Wundränder stark einzustülpen und zu übernähen. Was die Blutung aus Leber und Milz betrifft, so bewährte sich als bestes blutstillendes Mittel die Naht mit feinen Darmnadeln, bei Streifschüssen der Leber auch der Thermokauter. Vor dem Verschluss der Bauchhöhle wurde dieselbe stets mit warmen, feuchten Compressen gereinigt und dabei beobachtet, dass trotzdem mehrmals die Reinigung bei dem massenhaft ausgetretenen Darminhalt keineswegs

völlig gelungen war, doch Heilung eintrat. Der Verschluss der Bauchhöhle wurde in den letzten Jahren stets in 3 Etagen vorgenommen, als Bauchfell-, Muskel-Fascien- und Hautnaht, meist die beiden tiefen mit Catgut.

Nach diesen erwähnten Grundsätzen wurden in den Jahren 1891—1897 in der chirurgischen Klinik 7 Bauchschuss- und 22 Bauchstichverletzungen behandelt. Von den ersteren 7 waren 4 durch kleinkalibrige Revolver, 1 durch einen Militairrevolver, 1 durch eine gezogene Pistole, 1 durch Explosion eines Granatzünders herbeigeführt: von den 22 Stichverletzungen war nur 1 mit einen Taschenmesser, 1 mit einem Degen. alle übrigen durch kurze, im Griffe fest stehende Messer beigefügt. Von den 7 Schussverletzten, die in der Mehrzahl schwere Complicationen mit Verletzungen der Organe der Bauch- und Brusthöhle aufwiesen, wurden 3 dem Leben erhalten, darunter einer mit 9 Darm- und 5 Mesenterialperforationen. Unter den Gestorbenen befinden sich eine mehrfache Zerreissung des Magens durch Granatzünder, 2 Fälle mit Verletzungen von Darm und Lunge. Die Stichverletzungen lieferten bessere Resultate: es starben 4, wobei ein Kranker, der in schwerem Zustande, wider Anrathen der Aerzte aus der Klinik genommen wurde, als gestorben eingerechnet wurde. Unter den Verstorbenen war eine Stichverletzung, wo das Colon ascendens von der Lumbalgegend her angeschnitten war und die Wunde nicht gefunden wurde. In einem zweiten Fall war eine sehr kleine Darmstichverletzung, die sich zwischen 2 anderen genähten befand, übersehen worden. Im dritten Fall kam der Patient 9 Stunden nach der Verletzung mit bereits bestehender Peritonitis in Behandlung. In einem anderen Fall wurde der Patient noch 5 Tage nach der Verletzung durch die Operation gerettet. Mehrfache Verletzungen der Eingeweide waren bei allen 7 Schussverletzungen vorhanden, unter den 22 Stichverletzungen nur 3 Mal keine weiteren Complicationen.

Am deutlichsten zeigen sich die Erfolge der sofortigen Intervention bei Vergleich mit einem früheren Zeitraum 1876—1890, wo 30 Bauchstichverletzungen in derselben Klinik zur Aufnahme gelangten und völlig conservativ behandelt wurden. Von diesen starben 14 = 46,6 Procent, von den 22 Fällen, die 1891—1897 operativ behandelt wurden, 4 = 18,1 Procent. Weyert.

Plehn: Ueber Blutbefund und Therapie tropischer Malariaerkrankungen. (Wiener klin. Rundschau. Nr. 28. 1897. — Bl. f. klin. Hydrotherapie 1897. S. 220).

In diesem Artikel gedenkt der Autor der guten Erfolge der Hydrotherapie bei tropischer Malaria mit folgenden Worten: Bezüglich der Behandlung möchte ich nur noch kurz auf die ausserordentlich günstige symptomatische Wirkung kühlender Bäder hinweisen, die sich, wenigstens am Lande, zu etwa 20° R. immer dürften beschaffen lassen und in dieser Temperatur ihren Zweck vollständig erfüllen. Auf der anderen Seite wurden Quincke's Heissluftbäder zum Befördern der Schweisssecretion, besonders auch bei Anurie, mit grossem Vortheil angewendet.

Buch (Willmanstrand).

Prendergast: Ein einfaches Heilmittel der Enuresis. (New-York Med. Journ. Nr. 2. LXIV. Bl. f. klin. Hydrother. 1897. S. 221).

Der Autor empfiehlt den Gebrauch des kalten Regenbades oder der kalten Douche in der Behandlung der Enuresis nocturna. Er berichtet über 80 im St. John's Waisenhause nach dieser Methode behandelte Knaben; in 80—90% trat Heilung ein. Der Vorgang ist folgender; der Pat. steht in einer leeren Badewanne; ein Kübel mit kaltem Wasser wird ihm über die Schultern herabgegossen; bei schwächlichen, nervösen Kindern genügt ein Wasserguss, bei phlegmatischen, indolenten Jungen kann man die Dosis wiederholen; darauf folgt eine kräftige Abreibung. Die Procedur wird jeden Abend vor dem Schlafengehen vorgenommen. Diese Kaltwasserbehandlung ergiebt auch vom allgemeinen hygienischen Standpunkte einen Vortheil: keiner der 80 Knaben hat während des folgenden Winters an einer Erkältungskrankheit erlitten.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, in sieben Bänden, herausgegeben von Professor Dr. F. Penzoldt und Professor Dr. R. Stintzing. Zweite theilweise umgearbeitete Auflage. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1897. Bd. II.

Wir haben bereits beim Erscheinen des ersten Bandes dieses vorzüglichen Werkes unsere Leser auf den hervorragenden Werth desselben aufmerksam gemacht. Nun schreitet das Werk rüstig fort. Die grosse Reihe der Mitarbeiter an dem uns vorliegenden zweiten Bande beginnt mit Pfeiffer, welcher in einem hochinteressanten Kapitel die Behandlung der Fettleibigkeit, Abmagerung, Gicht und einiger anderer Stoffwechselanomalien (Phosphaturie, Oxalurie, Haemoglobinurie, Lipurie, Chyturie) bespricht. Der darauffolgende Theil bringt uns eine sehr ausführliche Beschreibung der Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus und insipidus von der Feder von Mering. Die Bearbeitung des nächsten grossen Abschnittes: Behandlung der Erkrankungen des Blutes und der blutbereitenden Organe haben Mendelsohn, Schönborn und Litten übernommen, deren leicht fassliche Darstellungsweise des Stoffes bis auf die neuesten Errungenschaften auf diesem schwierigen Gebiete wohl auch den anspruchvollsten Leser befriedigen wird. Eine ebenso sorgfältige und detaillirte Besprechung fand darauf die Behandlung der Krankheiten des Lymphsystems von Biedert, unter Mitwirkung von Henoch und Angerer. In sehr dankenswerther Weise wird im Anhange zu diesem Theile auch die Behandlung der bei den Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems (einschliessl. Tuberculose) vorkommenden Ohr- und Augenerkrankungen von Bürkner und Eversbusch besprochen. Der andere Theil dieses grossen Bandes, welcher die Therapie der Vergiftungen bringt, beginnt mit der allgemeinen Behandlung derselben von Binz, welcher die Verhütungsmassregeln, die causale und symptomatische Therapie der Vergiftungen sehr ausführlich bearbeitet hat. Im speciellen Theile behandelt Schuchardt die Vergiftungen mit Metalloiden. Dieser Abschnitt muss für Sanitäts- und Fabriksärzte von grossem Werthe sein. Es folgt die Behandlung der Vergiftungen mit Metallen von Wollner, wo die gewerblichen chronischen Vergiftungen mit Quecksilber und Blei besonders ausführlich berücksichtigt sind. Das nächste Kapitel aus der Feder von Husemann bringt uns die Therapie der Vergiftungen durch künstliche Kohlenstoffverbindungen, durch Chloroform, Bromoform, Jodoform, Aether, Chloralhydrat, Cyanwasserstoff und andere ihnen verwandte Körper. Diesem Autor gehören dann noch zwei grössere Abschnitte: die Vergiftungen durch aromatische Verbindungen und durch Pflanzenstoffe. Des weiteren finden wir die Behandlung der Vergiftungen mit Weingeist von Moeli. Der überaus wichtige Abschnitt über die Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocainismus wird von einem altbewährten Meister auf diesem Gebiete, von Erlenmeyer erörtert. Ergotismus, Pellagra und Lathyrismus von Tuczek und die Behandlung der Vergiftungen mit Thier- und Fäulnissgiften von Husemann beschliessen diesen grossen Theil des zweiten Bandes, dem anhangsweise noch die Behandlung der bei Vergiftungen vorkommenden Augenkrankheiten von Eversbusch beigegeben ist. Der Leser auch dieses zweiten Bandes wird die gewissenhafte und sorgfältige Weise, in welcher die Verfasser ihre Aufgabe gelöst haben, bald selbst herausfinden. Jeder Arzt wird an ihm ein werthvolles und nützliches Nachschlagebuch finden, welches ihm unter allen Verhältnissen das bieten wird, was er sucht und was es ihm verspricht. Sacher.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. Haug-München. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1898.

II. Band. Heft 7. Prof. Dr. Hessler: Der Einfluss des Klimas und der Witterung auf die Entstehung, Verhütung und Heilung von Ohr-, Nasen- und Rachenaffectionen.

Die causalen Beziehungen zwischen Witterung, Klima, Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten und deren Heilung waren im allgemeinen uns schon lange bekannt. Aber der Werth dieser Momente war nicht im verdienten Masse bei der Behandlung der Erkältungskrankheiten gewürdigt und verwerthet worden. In der vorliegenden historisch-statistischen Arbeit versucht deshalb H. die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte diesem gar nicht unfruchtbaren Theile der curativen Medicin zuzuwenden. Zu diesem Zwecke werden zunächst die physiologischen Wirkungen des Wetters auf den gesunden Menschen und der Einfluss der einzelnen Factoren desselben auf die Verbreitung, Erhaltung und Virulenz der die Infectionskrankheiten auslösenden Mikroorganismen sehr eingehend erörtert. Im 2. und 3. Theile der Arbeit wird darauf der Einfluss des Klimas und der Witterung auf die Verhütung und Heilung der Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten mit der grössten Ausführlichkeit besprochen. Wir machen unsere Leser auf die vorliegende Arbeit des Verf., der auf dem betreffenden Gebiete über sehr reiche Erfahrungen verfügt, besonders aufmerksam und können dieselbe ihnen nur bestens empfehlen. Die Lectüre derselben wird ihnen bestimmt den grössten Nutzen bringen.

II. Band. Heft 8. Dr. Eduard Fink: Die Fremdkörper in Nase und Ohr.

Trotz der grossen Häufigkeit dieser Ohr- und Nasenaffection haben sich die allerersten Anfänge einer sachgemässen Behandlung derselben noch immer nicht so in das Armamenta-



rium jedes allgemein praktischen Arztes eingebürgert, wie das nach der Wichtigkeit der in Frage stehenden Affection nicht nur wünschenswerth, sondern eben einfach absolut nothwendig ist. In einer kurzen, den Gegenstand aber vollkommen erschöpfenden, Broschüre bespricht Verf. zuerst die klinischen Erscheinungen die durch einen Fremdkörper in Nase und Ohr hervorgerufen werden und darauf die Therapie dieser Ohr- und Nasenaffection. Alle dabei in Betracht kommenden praktischen Massregeln werden darin mit der grössten Ausführlichkeit erörtert. Jeder allgemein thätige Arzt muss einen Fremdkörper in Nase und Ohr sachgemäss behandeln können; unumgänglich nothwendig ist dies für die auf dem Lande thätigen Collegen, die nicht gleich specielle Hülfe bei der Hand haben, wie die Stadtärzte. Ihnen sei die vorliegende Broschüre deshalb besonders empfohlen.

II. Band. Heft 9. Prof. Dr. Stetter: Die angeborenen und erworbenen Missbildungen des Ohres.

Die beachtenswerthe Schrift beginnt mit einer kurzen Uebersicht der Entwickelungsgeschichte des Ohres. Es werden darauf die angeborenen Missbildungen der Ohrmuschel, das gänzliche Fehlen derselben, die zu nahe am Kopf anliegenden oder zu weit abstehenden Ohren, die Makro-, Mikro- und Polyotie, sowie die verhältnissmässig häufige Anomalie der Ohrgegend, die Fistula auris congenita recht ausführlich besprochen. Dasselbe gilt von den gewöhnlich mit einander verbundenen angeborenen Bildungsfehlern des Gehörganges, des Trommelfelles und des Mittelohres und den erworbenen Difformitäten der einzelnen Theile des Gehörorgans, als Folge der verschiedenen Erkrankungen desselben. Vorliegende Schrift giebt jedem Arzte die Möglichkeit über alle in der Praxis vorkommenden Verbildungen des Ohres sich leicht zu orientiren und ist deshalb sehr empfehlenswerth. Sacher.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 5. Februar 1897.

1. Ströhmberg referirt über die Verhandlungen des eben in Petersburg abgehaltenen Syphilidologencongresses speciell der Section für Prostitution.

Nachdem er die Bedeutung des Congresses betont, gleichzeitig aber auch die Schwierigkeiten, welche vor einem derartigen Erstlingsversuche zu überwinden waren, wie das colossale Material, das z. Th. unverarbeitet dem Congress vorlag, ging er auf den Eindruck über, den die Verhandlungen des Congresses im Allgemeinen, speciell die der Section für Prostitution auf ihn gemacht hatten. Reges Interesse und tadellose Humanitätsrücksichten herrschten vor, doch sind die praktischen Ergebnisse des Congresses, vielleicht gerade wegen dieses Ueberwiegens allgemeiner Gesichtspunkte nur unbedeutende. Auffallender Weise schien unter den Semstwoärzten die Ansicht obzuwalten, dass die Syphilis unter der Dorfbevölkerung sich mehr auf ungeschlechtlichem Wege ausbreite und auch in der Sectionssitzung für Prostitution vermisste Redner die allgemeine Anerkennung derselben als Hauptursache der Verbreitung der Syphilis. Daher ist es erklärlich, wenn Maassregeln, wie das Photographiren der Prostituirten als inhuman bezeichnet wurden und es ebenso anderen Propositionen ging, wie z. B. Ausschluss der sich im condylomatösen Stadium befindlichen Prostituirten aus den öffentlichen Häusern, ambulatorische Behandlung derselben durch den sie besichtigenden Arzt u. s. w. So wurden denn in der Sectionssitzung praktische Rathschläge zur Ungefährlichmachung der Prostitution nur wenige verlautbart und hofft Redner dass die Commission sich bei ihren weiteren Arbeiten nicht die Stimmung, sowie Abstimmung der öffentlichen Sectionssitzung zur Richtschnur rechnen werde.

Discussion:

Dehio: da das für Livland bestehende Gesetz, dass die zu Landgemeinden angeschriebenen Syphilitiker auf Landeskosten verpflegt werden, nicht allgemein gehandhabt wird, so wäre es wünschenswerth, wenn nochmals die Aufmerksamkeit der Stadtärzte auf dieses Gesetz gelenkt würde.

Ströhmberg: das ursprüngliche Gesetz findet sich im XIII. Bd. des Сводъ законовъ und bezieht sich auf die Hospitäler des Collegiums der allgemeinen Fürsorge, deren Verpflichtungen später auf die sie ersetzenden Institutionen, das wären also Landschafts- und Stadthospitäler, übergegangen sind. Bis vor kurzem erfolgte die Behandlung auf Kosten der Gemeinde zu welcher Pat. angeschrieben war und die Gemeinde hielt sich am Besitz der letzteren schadlos. Der Beschluss des Landrathscollegiums, die zu landischen Gemeinden angeschriebenen Syphilitiker auf Landeskosten behandeln zu lassen, besog sich zunächst nur auf die im Dörptschen und Fernau-Fellinschen Kreise angeschriebenen, die chirurgische Klinik hierselbst und das Stadthospital zu Fellin und stellte eine temporäre Maassregel vor, die jedoch in Fellin und hier als dauernde aufgefasst und dementsprechend gehandhabt wurde. Seit 1891 bezieht sich die Maassregel auf einen jeden zu einer landischen Gemeinde Livlands angeschriebenen Kranken.

Truhart betont, die Behandlung der Syphilitiker solle in Zukunft nicht nur eine unentgeltliche, sondern obligatorische sein. Er glaube dass auch die Stadthospitäler der übrigen Städte auf Anfrage, resp. Bitte beim Landrathscollegium ebenso, die Berechtigung erhalten würden syphilitische Landleute auf Kosten des Landes aufnehmen zu dürfen wie Dorpat und Fellin. Was den Vorschlag Dehios betrifft, so findet T. es zweckmässiger, wenn die Initiative vom livländischen Aerztetag ergriffen würde, der ja auch nur in Anbetracht des bevorstehenden Syphilidologen-Congresses im vorigen Jahr davon Abstand genommen hat.

2. Dr. Zoege demonstrirt 2 Patienten.

1) eine von ihm ausgeführte Rhinoplastik bei luetscher Sattelnase. Z. hat in letzter Zeit die italienische Methode wieder aufgenommen, da die Narbenbildung nach der indischen doch sehr entstellt, ebenso das nach unten Rücken der Haargrenze, wenn man nach dem Vorgange Bergmanns die Kopfhaut lockert und durch deren Verschiebung den Defect auf der Stirn deckt. Die Haut stammt vom Vorderarm und wird mit ihr eine Radiuslamelle mitgenommen. Anfangs kam es zuweilen zu Necrose des Knochenstückes, seitdem Vortragender dasselbe sorgfältig umnäht heilt es gut ein. Trotzdem bleiben auch nach dieser Methode Uebelstände, welche z. Th. von der Stellung des Oberkieferfortsatzes zum Gesichtsscelett abhängig sind; auch Farbe sowie Behaarung der neuen Nase lässt noch einiges zu wünschen.

2) einen Fall von Coxa vara, wie ihn von Bruns als neuen Krankheitsbegriff aufgestellt hat. Die Erkrankung ist bisher mit Coxitis zusammengeworfen worden und jedenfalls nicht leicht von ihr zu unterscheiden. Anatomisch handelt es sich um eine Verbiegung des Schenkelhalses, der normaler Weise stumpfe Winkel zwischen Femur und Collum wird zu einem mehr rechten. Nachdem Z. auf die Symptome aufmerksam gemacht hat, scheinbare und reelle Verkürzung des erkrankten Beines, freie Rotation, beschränkte Adduction, demonstrirt er noch ein von Thompson für diese Erkrankung als charakteristisch bezeichnetes Symptom: bei horizontaler Lage des Pat. gelingt es hier leicht bei extrem flectirtem gesunden Bein durch Druck auf das Knie dessen Kehle mit der Tischplatte in Berührung zu bringen, während das bei Coxitis unmöglich ist. Die Erkrankung tritt nicht in frühester Jugend sondern in späteren Lebensjahren auf. Ueber die Natur derselben ist bisher wenig bekannt, rachitische Processe resp. Wachsthumsstörungen werden beschuldigt, die Gelenkkapsel ist gesund befunden worden. Seit der Veröffentlichung v. Bruns hat Z. 3 Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Am 7. Mai (25. April) feierte Prof. F. J. Pick in Prag sein 25-jähriges Jubiläum als Vorstand der dermatologischen Klinik.

Da der Jubilar sich jede äussere Feier verbeten, beschränkte sich Letztere auf die Ueberreichung einer Festschrift, zu welcher die meisten bekannteren Dermatologen aus aller Herren Länder Beiträge geliefert, als Zeichen, wie der verehrte Jubilar überall gleich geschätzt und geehrt wird. (Aus Russland haben die Professoren Pospelow und Petersen, sowie Dr. Grünfeld (Rostow) Beiträge eingesandt).

Ueber die Verdienste F. J. Pick's in der Dermatologie reden zu wollen, hiesse Eulen nach Athen tragen. Wir schliessen uns gern Denjenigen an, die dem verehrten Jubilar die Festwünsche dargebracht und hoffen, dass derselbe noch eine Reihe von Jahren mit seinem jugendfrischen Geist und Herzen mitarbeiten werde am weiteren Ausbau der Dermatologie.

Die russische dermatologische Gesellschaft, die gerade an dem Jubiläumstage ihre Sitzung hatte, wählte Prof. Pick zum Ehrenmitgliede. P.

— Aus Charkow bringt der Telegraph die Trauernachricht, dass der rühmlichst bekannte Chirurg Geheimrath Prof. Dr. Wilhelm Grube, langjähriger Director der dortigen chirurgischen Universitätsklinik, nach längererer Krankheit am 28. April aus diesem Leben geschieden ist. Der Hingeschiedene, welcher im Mai sein 71. Lebensjahr erreicht hätte, stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er i. J. 1851 zum Dr. med. et chirurg. promovirt wurde. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens.

— Zum Nachfolger Prof. B. Tarnowski's auf dem Lehrstuhl für Dermatologie und Syphilidologie an der militär-medicinischen Academie ist von den drei Bewerbern in der letzten Conferenz-Sitzung der Academie der bisherige Privatdocent für diese Fächer, Dr. Timotheus Pawlow gewählt worden. Der neue Professor ist ein ehemaliger Schüler der militär-medicinischen Academie, welche er i. J. 1885 absolvirte. Im J. 1889 besuchte er behufs weiterer Vervollkommnung ausländische Universitäten worauf er zum älteren Ordinator ernannt wurde und 1895 sich als Docent an der Academie habilitirte,

— Das bisherige Stadthaupt von Jurjew (Dorpat), wirkl. Staatsrath Dr. Wilh. v. Bock, welcher vor 7 Jahren unter schwierigen Verhältnissen an die Spitze der städtischen Verwaltung ber fen wurde, hat mit Rücksicht auf sein vorgeschrittenes Alter dieses Amt niedergelegt. B. war nach Beendigung seiner medicinischen Studien in Dorpat i. J. 1848 früher lange Zeit Arzt in verschiedenen Stellungen, so Gesandschaftsarzt in Teheran, Hausarzt des Feldmarschalls Fürsten Woronzow, Arzt an der Gensdarmerie-Verwaltung in Warschau, bis er 1880 verabschiedet wurde und in Dorpat seinen bleibenden Wohnsitz nahm.

— Vor Kurzem beging der Professor der Augenheilkunde an der Universität Würzburg, Dr. Julius v. Michel, sein 25-jähriges Jubiläum als Professor. Er war früher Professor in Erlangen, wo er die Augenklinik einrichtete.

— Verstorben: 1) Am 11. April n. St. zu Brighton in England der praktische Arzt und Director einer orthopädischen Heilanstalt daselbst Dr. Johannes Bienemann im Alter von 68 Jahren. Als Sohn des weil. Oberpastors Fried. Gust. Bienemann zu Dorpat geboren, besuchte er das Gymnasium seiner Vaterstadt und widmete sich dann ebendaselbst dem Studium der Medicin von 1851–56. Nach Absolvirung seiner Studien wurde B. Militärarzt und diente als solcher in der I. leichten Garde-Cavalleriedivision und im Garde-Scharfschützenbataillon, bis er nach England übersiedelte, wo er sich als praktischer Arzt niederliess und eine orthopädische Anstalt gründete. 2) Am 15. April in Poretschje (Station der Pet.-Warschauer Eisenbahn) nach kurzer Krankheit der Arzt im Kirchdorf Korssowka (Gouv. Witesk) Dr. Ludwig Lutz im 36. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung ebenfalls in Dorpat erhalten, wo er mit Unterbrechung von 1881 bis 1889 studirte und im letztgenannten Jahre die Doctorwürde erlangte. 3) Am 21. Apil in Odessa der bekannte und der populäre Arzt Dr. Carl Henrichsen im 61. Lebensjahre an Glottisoedem in Folge von Kehlkopfkrebs. Er war aus St. Petersburg gebürtig und hatte auch hier in der reformirten Schule seine erste Schulbildung erhalten. Seine medicinischen Studien machte er an der Moskauer Universität, an welcher er auch 1863 den Arztgrad erhielt, während er die Doctorwürde 3 Jahre später an der medico-chirurgischen Academie erwarb. Nachdem er anfangs am Schwarzarbeiter-Hospital und Hebammen-Institut in Moskau, sodann als Medicinalbeamter in Petersburg fungirt, siedelte er 1877 nach Odessa über, wo er als ordinirender Arzt der gynäkologischen und geburtshülflichen Abtheilung am städtischen Krankenhause und eine Zeitlang auch als stellvertretender Oberarzt bis zu seinem Lebensende thätig war. Der Hingeschiedene genoss als Arzt wie als Mensch grosse Achtung und Liebe und erfreute sich daher einer ausgebreiteten Praxis in Odessa. Er ist auch vielfach literärisch thätig gewesen und hat sich grosse Verdienste um die Mortalitätsstatistik der Stadt Odessa erworben, welche er vor der Errichtung des statistischen Bureaus 16 Jahre hindurch allein führte. 4) Am 22. April in St. Petersburg nach langer Krankheit Dr. Eugen Salomé, welcher seit 1883 die Praxis ausübte. 5) In Warschau die Aerztin Lydia Zlobina eines plötzlichen Todes, nach dem sie bereits seit einiger Zeit ihre Praxis in Folge nervöser Leiden hatte einstellen müssen. Sie war früher in Petersburg und dann in Lodz am Mädchengymnasium ärztlich thätig. 6) In Jena der ausserordentliche Professor der Chirurgie Dr. Ludwig Schildbach im Alter von 72 Jahren.

— In St. Petersburg weilen gegenwärtig zwei Pariser Aerzte, der bekannte Oculist Dr. Galezowski und der Chirurg Dr. Faure. Ersterer besichtigte hier einige Hospitäler, letzterer hielt in der letzten Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte einen Vortrag über die von ihm geübte Operationsmethode bei Oesophagusstricturen mittelst Elektricität.

— Der bekannte Augenarzt Dr. Waldhauer sen., ehemaliger Leiter der Reimers'schen Augenheilanstalt in Riga, welcher seinen Lebensabend in stiller Zurückgezogenheit in Mitau verbringt, hatte das schwere Schicksal, zu erblinden, nachdem er zuvor auch sein Gehör fast gänzlich eingebüsst hatte. Nunmehr bringt die «Rig. Rundschau» die erfreuliche Nachricht, dass eine kürzlich vollzogene Operation dem schwergeprüften Greise das Augenlicht wiedergegeben hat.

— Die hiesige Stadtduma beabsichtigt auf Vorschlag des Stadtverordneten Dr. Dechterew, eins der städtischen Gebärasyle zum Andenken an den verstorbenen Leibarzt Dr. Krassowski nach ihm zu benennen.

— Der im April d. J. stattgehabte IX. internationale Congress für Hygiene und Demographie in Madrid zählte ca 1600 Mitglieder. Die grösste Zahl der ausländischen Theilnehmer stellten die Franzosen (110), dann die Engländer (50), die Deutschen (48), Oesterreicher (35) u. s. w. Aus Russland waren 10 Theilnehmer erschienen, jedoch kein officieller Vertreter der russischen Regierung. Der nächste Congress wird im Jahre 1900 in Paris gleichzeitig mit der Weltaustellung stattfinden.

— Die Cursaison in den kaukasischen Mineralbädern wird in diesem Jahre eröffnet: in Pjatigorsk am 1. Mai, in Essentuki am 15. Mai, in Shelesnowodsk am 1. Juni.

— Zu dem hierselbst zu Anfang des Maimonats stattfindenden Congress der Eisenbahnärzte sollen bereits über 100 Theilnehmer angemeldet sein.

— Für das Pasteur-Denkmal in Paris sind beim Sammelcomité im hiesigen Institut für Experimental-Medicinal bis zum 21. April d. J. 13,327 Rbl. 26 Cop. eingelaufen, welche an den Director des Pasteur-Instituts in Paris abgesandt worden sind.

— Als Exponenten auf der Pariser Weltausstellung i. J. 1900 werden in der Abtheilung für Hygiene neben mehreren städtischen und Privatkrankenhäusern Moskaus auch die Moskauer Universitätskliniken vertreten sein.

— Die Moskauer Stadtverwaltung hat den Unterhalt von 50 Betten in der beim neuen Katharinenhospital in Moskau errichteten Abtheilung für Krebskranke übernommen. Der Betrag für jedes Bett wurde auf 250 Rbl. jährlich festgesetzt. Die Verpflichtung der Stadt, diese Betten zu unterhalten, soll jedoch vorläufig nicht länger als 10 Jahre dauern.

— Bei dem Kiewschen bacteriologischen Institut, welches der örtlichen Gesellschaft zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten gehört, sind vier theoretische und praktische wöchentliche bacteriologische Curse eingerichtet. Gegen eine Zahlung von 10 Rbl. für jeden Cursus haben die Theilnehmer das Recht die Mikroscope, Apparate und Reagentien des Instituts zu benutzen. Der erste Cursus hat am 20. April begonnen und dauert bis zum 20. Juni und der dritte vom 10. December bis 15. Januar. Es wird ausserdem auch Privatpersonen gestattet, in den Laboratorien des Instituts selbstständige wissenschaftliche Arbeiten und Untersuchungen auszuführen gegen eine Zahlung von 25 Rbl. jählich für die Benutzung der wissenschaftlichen Hülfsmittel des Instituts. Eine durchaus nachahmenswerthe Einrichtung!

— Vacanz für Aerzte: In der Stadt Balaschow (Gouv. Saratow) ist am Landschaftshospital (mit 30 etatmässigen Betten und Ambulanz) die Stelle des Oberarztes, welcher Chirurg sein muss, erledigt. Gehalt 2000 Rbl. bei eigener Wohnung. Am Hospital sind noch ein zweiter Arzt, 2 Feldscher und 2 Feldscherinnen angestellt. Refl. haben sich unter Beifügung ihres curriculm vitae zu wenden: «Въ Уѣздную Управу въ г. Балашовъ».

— Nordseebäder auf Sylt. Die Seebadedirection hat soeben eine «Beschreibung der Nordseebäder Westerland und Wenningstedt auf Sylt» herausgegeben, welche den Besuchern dieser Bäder einen ebenso werthvollen Führer wie Rathgeber bietet. Das mit mehreren hübschen Illustrationen, unter anderen das in friesischem Styl neuerbaute, in diesem Jahr zur Eröffnung gelangende Curhaus, ausgestattete handliche Werkchen, in welchem sich auch Angaben über die kürzesten und bequemsten Reiseverbindungen von grösseren Städten Deutschlands und Oesterreich-Ungarn's befinden, dient als zuverlässiger Wegweiser in allen die Reise und den Aufenthalt auf der herrlichen Insel Sylt betreffenden Angelegenheiten und ist in allen grösseren Reisebureaus, Ausgabestellen für zusammenstellbare Fahrscheinhefte, sowie von der Seebadedirection in Westerland gratis erlältlich.

Bad Pyrmont, 19. April. Anfang Mai beginnt die Kur-Saison in unserm lieblichen Badeort. Auch in diesem Jahre ist rüstig geschafft, um Pyrmonts alten Ruf als Badestadt zu behaupten. Alle Strassen des Städtchens sind jetzt mit neuem breiten Cementtrottoir versehen. An Stelle des alten Packhauses hinter der Wandelhalle am Brunnenplatze ist eine grosse Wandelbahn für die Landleute erbaut worden. Die Benutzung der Moorbäder steigt von Jahr zu Jahr, so dass eine bedeutende Vergrösserung des fürstl. Moorbadehauses nöthig geworden ist. Auch der Bau des neuen, zeitgemässen Kurhauses ist tüchtig gefördert worden. — Die «Pyrmonter Rennen» sind durch das Interesse Sr. Durchl. des reg. Fürsten umgestaltet und bedeutend besser dotirt, so dass man einen interessanten Renntag (Ende Juli) erwarten darf.



Wer aufmerksamen Blickes die grosse Veränderlichkeit auf dem Gebiete unserer Heilmethoden und Heilmittel beobachtet und das schnelle Auftauchen und Verschwinden unfehlbarer Heil- und Universalmittel verfolgt, dem wird die Thatsache auffallen, wie sich eine Ausnahme aus dieser Regel scharf abhebt, die wohl alle Beachtung verdient, da sie dem Leidenden als sichere Merkmale für die Wirksamkeit dienen können; wir meinen die Heilquellen, diese von der Natur selbst unverfälscht dargereichten und seit Jahrhunderten benutzten Heilmittel. Denn was könnte überzeugender für ihren Werth reden, als diese unabänderlich gleiche Stellung, welche sie in unserem Arzneischatze einnehmen!!

Speciell für Magenleidende, resp. alle diejenigen, welche über gestörte Verdauung zu klagen haben, wird daher unsere heutige Mittheilung nicht ohne Interesse sein, dass die Brunnen-Verwaltung zu Homburg i./d. H. eine Broschüre über den dortigen Elisabeth Brunnen und seine vorzügliche Wirksamkeit bei Krankheiten und Störungen im Gebiete der Verdauungswerkzeuge gratis darbieten und solche jedem Anfragenden zuzusenden sich erbietet.

Da Wirkungskreis des Wassers und die Merkmale der betr. in das Gebiet des Brunnens fallenden Leiden gemeinfasslich besprochen sind, so wird das Büchlein gewiss den dabei Interessierten von Nutzen sein.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. April d. J. 8064 (294 mehr als in d. Vorw.), darunter 773 Typhus — (16 mehr), 680 Syphilis — (50 mehr), 145 Scharlach — (9 mehr), 173 Diphtherie — (27 mehr), 44 Masern — (4 mehr), und 52 Pockenkranke — (4 wen. als in der Verw.).

Am 25. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 8057 (7 wen. als in der Vorwoche.), darunter 684 Typhus — (89 wen.), 698 Syphilis — (18 mehr), 150 Scharlach — (5 wen.), 165 Diphtherie — (8 wen.), 51 Masern — (7 mehr) und 54 Pockenkranke (2 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 12. bis 18. April 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
390	339	729	172	72	112	24	8	17	59	64	56	50	43	34	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 13, Diphtherie 26, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 6, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 87, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 19. bis 25. April 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
435	307	742	157	64	124	14	18	27	77	67	49	61	41	31	10	2

2) nach den Todesursachen:

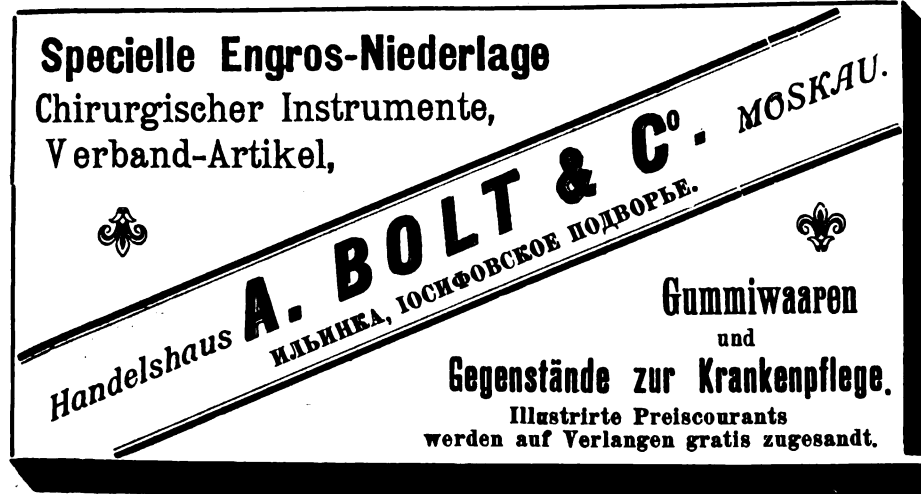
Typh. exanth. 1, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 8, Scharlach 11, Diphtherie 24, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 4, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 33, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 64, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 66, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 12. Mai 1898.

Tagesordnung: 1) Dr. Hellat: Ueber die Kehlkopfstellung beim Singen.
2) Dr. Fick: Ueber Strangulationsileus.
3) Dr. Westphalen: Ueber periodisches neurotisches Erbrechen, speciell Crises gastriques.

Anfang 8 Uhr 15 Min.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 4. Mai 1898.



ICHTHYOL

wird mit Erfolg angewandt:

bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Lungentuberkulose, bei Hals-, Nasen- und Augenleiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Die Ichthyol-Präparate werden von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch. Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ

АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

Поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

Перевязочныя средства, бандажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенснэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:

МОЛОЧНОЙ МУКИ И СГУЩЕННАГО МОЛОКА

Г. НЕСТЛЕ въ ВЕВЕ.

ПИТАТЕЛЬНЫЯ ВЕЩЕСТВА „MALTOS CANNABIS"

Фабрики „КРАСНЫЙ КРЕСТЪ" въ Стокгольмѣ.

Карамель изъ травъ „КЕТТИ ВОССЪ". В. Семадени.

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается безплатно.

Königliches Bad Oeynhausen,

Sommer- u. Wintercurort. Station Köln u. Löhne-Hildesheim. d. Linien Berlin-... Thermal- und Soolbäder. Medico-mechanisches Zanderinstitut. Röntgen-Kammer. Saison vom 15. Mai bis Ende September. Winterkur vom 1. October bis Mitte Mai. Molken- u. Milchkuranstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte und Beschreibung übersendet frei die **Königliche Bade-Verwaltung.**

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen.

Aeltestes klinisch geleitetes Institut. Das ganze Jahr geöffnet.

—— Prospecte gratis. ——

Dr. Freiherr von Sohlern.

FRANZENSBAD.

Das erste Moorbad der Welt, besitzt die **stärksten Eisenquellen**, **reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge**, **die kohlensäurereichste Stahlbäder**, **Mineralwasserbäder**, **Kohlensäure-Gasbäder.**

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder**, **permanente Irrigation**, **Römisch-irische Dampfbäder**, **Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.

(28) 3—2.

In **Reichenhall-Grossgmain** pract. wie seit Jahren Dr. med. **STEINBERG**, i. Wint. Curarzt i. S. Remo.

Дозв. ценз. Спб. 2 Мая 1898 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 9. (21.) Mai 1898

Zehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zehnte Aerztetag wird in Wolmar am 20., 21. und 22. August a. c. stattfinden.

Vorträge, deren Dauer laut der Geschäftsordnung die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Mittheilung des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

(Aus dem Deutschen Alexander-Hospital.)

Zur Serumtherapie bei Endocarditis maligna.

Von

Dr. E. Moritz.

(Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte 30. März.)

Die genuine (kryptogenetische) maligne Endocarditis acuten und subacuten Verlaufes ist eine nicht sehr häufige aber leider äusserst lebensgefährliche Krankheit. Die Mortalität für dieselbe dürfte jedenfalls nicht geringer als 80% zu schätzen sein (Douglas-Powell): — wahrscheinlich wäre sie höher, wenn man die Fälle, welche diese Bezeichnung rechtfertigen, strenger von den verwandten andern Formen der Endocarditis unterscheiden könnte. Von Friedreich (1861) an bis auf die neueste Zeit sprechen sich die Autoren in diesem Sinne aus und wir ältern Aerzte in diesem Verein haben wohl alle einige dieser perniciösen Fälle in unserer Erinnerung; sie haften fest im Gedächtniss, weil bei ihnen der Arzt in besonders activer Weise mit allen Hilfsmitteln seiner Wissenschaft den Kampf gegen das unabwendbare Verhängniss zu kämpfen pflegt.

Alle Mittel ältester und neuester Schule werden successive ins Feld geführt: Blutegel und Vesicatore, Laxantien und Diuretica, Hydrotherapie und Diaphoretica, Quecksilber und Jodpräparate, Chinin, Natr. salicylicum und die neuern Antipyretica, Alkohol, Kreosot, und vor Allem Digitalis und die andern Herzmittel. — Alles vergeblich! Vereinzelte Genesungen bei chirurgischer oder puerperaler Pyämie mit Endocarditis, habe ich — wie wohl auch manche von den hier anwesenden Collegen — constatiren können, — doch erinnere ich mich keiner Genesung einer genuinen malignen Endocarditis. Unter diesen Umständen ist es wohl gerechtfertigt, neue Waffen gegen diese fast immer tödtliche Krankheit in's sprechen. Wenn wir von der arterio-sclerotischen Endocarditis, die der Endarteritis entspricht, absehen, — so unterschied man früher 2 Formen der Endocarditis — die ulceröse (maligne) und die verrucöse (rheumatische). Diese Unterscheidung ist nicht streng durchführbar, — weil vielfache Uebergänge und Mischformen vorkommen (Strümpell), hauptsächlich aber weil jede Endocarditis eine infectiöse Erkrankung ist, auf Bacterien-Entwickelung am Endocard, spec. an den Herzklappen beruht. (Klebs, Birch-Hirschfeld, Fränkel und Sänger, Buss, Singer).

In den endocarditischen Vegetationen sind eine Menge pathogener Mikroorganismen gefunden worden: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen, Gonococcen, Bacterium coli, Typhusbacillen, Tuberkel-, Diphtherie-, Influenza-Bacillen (E. v. Leyden, Wyssokowitsch, Weichselbaum Heller u. s. w. — nach Dreschfeld 12 Arten). Sonach müsste jede Endocarditis ätiologisch differenzirt werden als gonorrhoische, pneumonische, tuberculöse, Strepto- oder Staphylo-Coccen-Endocarditis u. s. w. Von der rheumatischen Endocarditis wissen wir durch die neueste classische Arbeit von Singer, dass sie vorzugsweise durch den Staphylococcus albus bedingt ist.

Einige der eben genannten pathogenen Bacterien pflegen mehr ulceröse, andere mehr verrucöse Erkrankungen an den Herzklappen hervorzurufen, — wodurch die grössere oder geringere Malignität des Falles bedingt wird. Wo wir aus anderen Localisationen eines bekannten Krankheitserregers z. B. des Pneumococcus, des Gonococcus, Tuberkelbacillus, der Eiterungs-Coccen u. s. w. auf die Aetiologie der begleitenden Endocarditis schliessen können, haben wir damit auch einen ungefähren Masstab für die Bösartigkeit des Falles. Wo uns die Endocarditis als kryptogenetische, ohne erkennbare ätiologische Hinweise entgegentritt, da ist sie immer eine sehr bösartige und wird meistens bedingt durch die Eiterungs-Bacterien, den Staphylococcus pyogenes aureus oder den Streptococcus pyogenes. Es ist eine Pyämie, die des-

Feld zu führen und über einen solchen Versuch will ich Ihnen heute berichten.

Vorher aber ist es nöthig sich über die Krankheits-Auffassung, wie sie sich heute stellen muss — auszuhalb so unheilvoll wird, weil der Krankheitsherd dem chirurgischen Eingriff nicht zugänglich ist wie eine Gelenk-Eiterung oder ein puerperaler Uterus. Neuerdings hat man immer mehr die Tonsillen als eine beliebte Eintrittspforte für die organisirten Krankheits-Erreger kennen gelernt — für Diphtherie, Tuberculose, Gelenkrheumatismus, — so mag auch manche als kryptogenetische Endocarditis und Pyämie bezeichnete Krankheit auf diesem Wege ihre Invasion gemacht haben, ohne dass der Patient es selber weiss. Aber auch diese Fälle tonsillärer Herkunft sind nicht weniger bösartig. (Charrin Sem. méd. 1896).

Nachdem wir nun die Unzulänglichkeit der bisherigen Therapie einer malignen, infectiösen Endocarditis genügend constatirt haben, — die bisher wirksamsten Mittel, — Chinin, Arsenik und Alkohol mildern vielleicht oder prolongiren den Verlauf, aber heilen nicht, — liegt es nahe, bei dieser durch Mikroben-Invasion bedingten Krankheit es mit der Serumtherapie zu versuchen.

So sind denn auch mehrmals Versuche gemacht worden mit Antistreptococcen-Serum (wahrscheinlich mit dem Marmorek'schen) — darunter einige mit günstigem Resultat. Douglas-Powell zählt 12 Fälle die ihm bekannt sind, darunter 3 genesene (Br. med Journ. 1898 9. April) bereits publicirte. Derselbe Autor berichtet einen Fall von Heilung durch eine Reihe (über 1 Tag 2 Monate lang) von Injectionen von Hepepilzculturen. Ob Antistaphylococcen-Serum versucht worden, ist mir nicht bekannt geworden; die neueste Auflage von Ewald's Arzneimittel-Lehre enthält im Abschnitt über Serum-Therapie keine Angaben über dieses specielle Serum. Unser Institut für Experimental-Medicin hält ein Antistaphylococcen-Serum bereit, das aus d. Staph. pyogenes aureus hergestellt ist.

Mit diesem Serum, von dessen Unschädlichkeit ich mich bei einem frühern Pyämie-Fall, trotz seines schliesslich letalen Ausgangs überzeugt zu haben glaubte, habe ich einen Curversuch angestellt, über den ich im Folgenden berichten will:

C. H., 22 J. alt, junger Kaufmann von gesunder Abstammung, hat vor etwas über ein Jahr eine Gonorrhoe mit complicirender Cystitis gehabt und ist deswegen c. 4 Monate in Behandlung gewesen. Lues ist nicht gewesen, auch kein Gelenkrheumatismus; alkoholische Getränke hat er in mässiger Menge genossen, zum Frühstück und Mittag 1 Schnaps, — Abends 1—2 Cognacs. Seit 8 Monaten vollkommen gesund, fing er in den Weihnachtstagen an, sich unwohl zu fühlen: unregelmässige Stuhlgänge — abwechselnd verstopft und dann diarrhoisch, Appetitlosigkeit, Fieber. Die Anfälle von Fieber beginnen meist mit Kältegefühl, dann folgt Hitze und Schweiss-Ausbruch. Kein Herzklopfen, kein Husten — vor einigen Tagen leichte rheumatische Schmerzen in den Füssen, etwas Schmerz und Röthung im rechten Auge. Den 26. Jan. trat er ins Hospital ein.

Patient ist mittelgross, ziemlich gut genährt, Gewicht 164 Pfund, etwas geröthete Wangen. Das rechte Auge geröthet, die Pupille enger aber reagirend, Sehschärfe angeblich herabgesetzt. Temper. 38.2 Puls 96 regelmässig, von schwacher Füllung; Herzthätigkeit erregt, deutlich sicht- und fühlbar, Spitzenstoss im 5. Intercost. — L. unter der Mammilla, kräftig, verbreitert. Herzdämpfung nach R. den r. Sternalrand 2 Finger überragend; nach links etwas über die Stelle des stärksten Stosses hinaus, nach oben bis obern Rand d. 3. linken Rippenknorpels; die linke Grenze stellt eine nach aussen convexe Bogenlinie dar. An der Herzspitze ein systolisches, lautes, schabendes, langezogenes Geräusch und zugleich ein musikalischer pfeifender Ton. Das Pfeifen wird mit der Entfernung des Stethoscops von der Spitze leiser, ist an d. 2. Rippenknorpel rechts nicht mehr hörbar. An der Basis 2 reine Töne, desgleichen in der r. Carotis. Der l. Radialpuls 96, weich, vielleicht etwas postponirend. Das Sphygmogramm ergab eine dicrote elastische Pulswelle geringer Spannung. In der Gegend der Herzspitze, ist etwas Schmerz beim Druck, spontan nur eine unbestimmte Sensation. Leib aufgetrieben, weich, schmerzlos; Leber palpatorisch vergrössert, überragt von der Mammilarlinie ab den Rippenrand; obere Grenze normal. Milz nicht palpabel, percutorisch etwas vergrössert. Lungen überall normal. Der Urin ist klar, bildet kaum Sediment, enthält keine Schleimfäden, keine Gonococcen, kein Eiweiss, kein Indican, keinen Zucker. Die Diazoreaction negativ.

Auf diesen Befund hin wurde eine acute Endocarditis diagnosticirt, — vielleicht mit geringem percardialem Transsudat. Wegen der Augen wurde Dr. Germann consultirt und derselbe diagnosticirte eine metastatische Iridochorioiditis dextra: Trübung und Injection d. Descemet'schen Membran, 2 hintere Synechien, pericorneale Injection, am Grunde d. vordern Kammer ein geringes Hypopion; der Fundus nicht deutlich sichtbar. Sehschärfe $^1/_{10}$.

Wir nahmen an, dass die vorliegende Endocarditis eine frische sei, denn es waren keine Herzsymptome früher bemerkt worden; falls aber doch ein dem Kranken selbst nicht bemerkbarer Klappenfehler bestanden hatte, war eine neue Infection hinzugekommen. — Wir begannen die Behandlung in der Weise, wie wir sie oft mit Erfolg bei rheumatischer Endocarditis geübt hatten. Er bekam zunächst Digitalis und ein Vesicator auf die Herzgegend, letzteres wurde nach einer Woche wiederholt. Nach Digitalis bekam er Chinin 0,3—0,6 später Salipyrin 2,0 p. Tag und zugleich nahm er vom 4—25. Feb. jeden Morgen $^1/_2$—1 Theelöffel Carlsbader Salz, wodurch Stuhl, Meteorismus und vielleicht auch die in der 1. Woche vermehrte Leberschwellung günstig beeinflusst schien. Als um d. 17—19 höhere Temperaturen einsetzten, wurden einige Tage lang Priessnitz'sche Einwicklungen d. ganzen Körpers gemacht, jedoch wegen ungenügender Schweiss-Reaction wieder aufgegeben. Das Auge wurde von Dr. Germann mit Instillationen von Scopolaminum hydrobrom. und Compressen behandelt und besserte sich stetig bis schliesslich am 20. Feb. die Exsudate aufgesogen, der Glaskörper klar und die Sehschärfe auf $^9/_{10}$ gestiegen war.

Der Verlauf der Endocarditis in den ersten 4 Wochen während der oben skizzirten Behandlung ist aus der Fiebercurve am deutlichsten ersichtlich. Nach c. 8 Tagen eines unregelmässigen Fiebers mit starken, meist täglichen Schwankungen (36,6—39,1) folgten einige fieberfreie Tage (am 4. Feb. 36,1—36,8) dann begann das Fieber auf's Neue (6. Februar 36,7—39,0), um ununterbrochen meist mit remittirenden Typus fortzudauern; vom 17—18 und 20—22 Februar stand die Temperatur dauernd hoch (38.0—39,3). Der Befund am Herzen änderte sich wenig. Die rechte Herzgrenze überragte bald etwas weniger bald mehr d. rechten Sternalrand, im Ganzen ging sie etwas zurück; auch die linke Grenze rückte ein wenig einwärts, d. Spitzenstoss war ziemlich an normaler Stelle, kräftig, weniger verbreitert. Das schadende systol. Geräusch an der Spitze und längs dem linken Rande aufwärts ist stärker markirt, das musikalische Pfeifen bleibt unverändert, mit blossem Ohr auf 2" von der Brustwand entfernt deutlich hörbar, ist auch auf der untern Hälfte des Sternum sehr laut. Der linke Radialpuls postponirt deutlich, Frequenz 92—108.

Während der Fiebertage des 21. und 22. Febr. zeigten sich an den oberen Extremitäten und den Knieen, — einzelne rothe, etwas erhabne Hautefflorescenzen von c. Kirschkern-Grösse, ein wenig heiss sich anfühlend, bei Berührung kaum empfindlich; einige trugen in ihrer Mitte eine kleine Papel. Die Milz nahm an Umfang zu, war am 10.-11. Febr. als stumpfe Resistenz palpabel, die Leber wurde auch grösser. Dazwischen kamen Durchfälle mit Verstopfung abwechselnd vor, — trotz Carlsbad-Gebrauch. Der anfangs gute Appetit schwand, Pat. fühlte sich schwächer, hatte kein Verlangen aufzustehn, magerte ab (158 Pfund) Er ist verstimmt hat sonst wenig Beschwerden, nur beim jedesmaligen Ansteigen der Temperatur subjectiv lästiges Herzklopfen mit frequenterem kleinen Puls. Am 21. Febr. Nasenbluten.

Hatten wir schon bei der Aufnahme des Pat. die Diagnose, maligne Endocarditis ausgesprochen, so konnten wir doch über den Grad der Malignität noch im Zweifel sein. Die Möglichkeit, dass es sich um eine rheumatische, mehr verrucöse als ulceröse Form handeln könnte, hatte unsre Therapie geleitet, — allein die Mittel, die uns beim acuten Gelenk-Rheumatismus mit oder ohne Endocarditis stets günstige Resultate zu geben pflegten (Salipyrin, Hydrotherapie) hatten versagt und die metastatische Irido-Chorioiditis, die neu aufgetretenen Hautefflorescenzen, das Nasenbluten, die Zunahme von Leber und Milz mussten uns in der Ueberzeugung bestärken, dass es sich um eine wesentlich ulceröse, hochgradig maligne Endocarditis handle. Es eröffnete sich die Perspective auf ein längeres, hoffnungsloses Krankenlager, auf viele Wochen eines vergeblichen Kampfes der ärztlichen Kunst gegen eine force majeur. Da kam uns der Gedanke, es mit der Serum-Therapie zu versuchen. Bei der Neuheit der Sache kam es uns darauf an, den Fall möglichst einwandsfrei zu gestalten: um etwai-



gen diagnostischen Zweifeln zu begegnen, — ein Skeptiker konnte sagen, wir hätten vielleicht einen Abdominaltyphus bei einem schon längere Zeit existirenden Mitral-Fehler vor uns, — wurde die Widal'sche Typhus-Reaction gemacht, — sie fiel negativ aus. Aus demselben Grunde bat ich noch H. Dr. Kernig zur Consultation herüber und in Gemeinschaft mit ihm wurde Pat. am 24. Februar nochmals genau untersucht und die Diagnose Endocarditis ulcerosa als sichergestellt ausgesprochen.

Aber welches Serum versprach in diesem Falle Erfolg? welche Mikroorganismen hatten sich an den Herzklappen eingenistet? Man musste zunächst an Gonococcen denken, — allein der Urin war völlig klar, die Miction ging frei von Statten. Für andre specifische Bacterien oder Mikrococcen lagen noch weniger Anhaltspunkte in Anamnese und Untersuchungsbefund vor; — nur die eigentlichen Eiterungs-Mikroben, Staphylo- oder Streptococcen blieben im Verdacht, hier die schuldigen zu sein.

Ein vor 2 Jahren von uns durch 4 Monate beobachteter sehr ähnlicher Fall (auch mit musikalischem Herzgeräusch) hatte bei der Autopsie den Staphylococcus pyogenes aureus und albus ergeben, — daher vermutheten wir auch diesmal denselben Krankheits-Erreger und entschlossen uns zum Anti-Staphylococcenserum, welches wir uns aus dem K. Institut f. Experimental-Medicin besorgten.

Am 25. Febr. 12 Uhr Mittags wurde die erste Injection von 5,0 dieses Serum an der vordern Brustwand über den untern Rippen gemacht. — Jodanstrich der Herzgegend. T. Chinae vor der Mahlzeit, sonst keine Arznei. Temp. 38,1—38,6—38,6. Puls 88—120.

26. Febr. Diarrhoe, Temp. 37,1—38,2—37,9.

27. Febr. Temp. 36,4—38,5—38,5. Die rothen Flecke sind geschwunden.

28. Febr. 12 Uhr. II. Seruminjection. Temp. 36,9—38,6—38,8.

1. März. Mässiger Schmerz in der Tiefe der rechten Waden-Muskulatur, bei Druck oder spontaner Bewegung wird derselbe sehr heftig. Umfang der beiden Waden gleich; Compressen. Temp. 37,6—37,7—37,7. Herzbefund unverändert. Puls 88.

2. März 12 Uhr. III. Seruminjection. Schmerz in der Wade beim Stehn und Gehn ebenso bei Druck sehr heftig. Temp. 36,7—37,6—39,3.

3. März. Umfang der rechten Wade 34 cm, der linken 33 cm. Schmerz stark. Temp. 36,2—37,6—38,8. Täglich 2 mal 3 Tropfen Kreosot.

4. März 12 Uhr IV. Seruminjection. Temp. 36,4—37,6—38,2. Cont. Kreosot.

5. März. Schmerz in der Wade geringer, Allgemeinbefinden besser. T. 36,4—37,6—37,9. T. Chinae und Kreosot fortgesetzt.

6. März 12 Uhr. V. Seruminjection. Temp. 36,7—37,8—39,1.

7. März. Eine genaue Revision des objectiven Befundes ergiebt am Herzen die rechte Grenze dicht beim rechten Sternalrand; — lautes systolisches Schaben und Pfeifen mit Punctum max. an der Spitze. Die Milz beim Inspirium bis zum Rippenrand reichend, undeutlich palpabel. Temp. 36,1—37,2—37,7.

8. März. Umfang der rechten Wade 33 cm, der linken 32½, Schmerz gering. Temp. 36,2—37,1—38,5. Contin: T. Chinae und Kreosot.

9. März. Subject. besser. Temp. 36,4—37,2—37,2. Puls 80.

10. März 12 Uhr. VI. Seruminjection. Temp. 36,6—38,5—37,6.

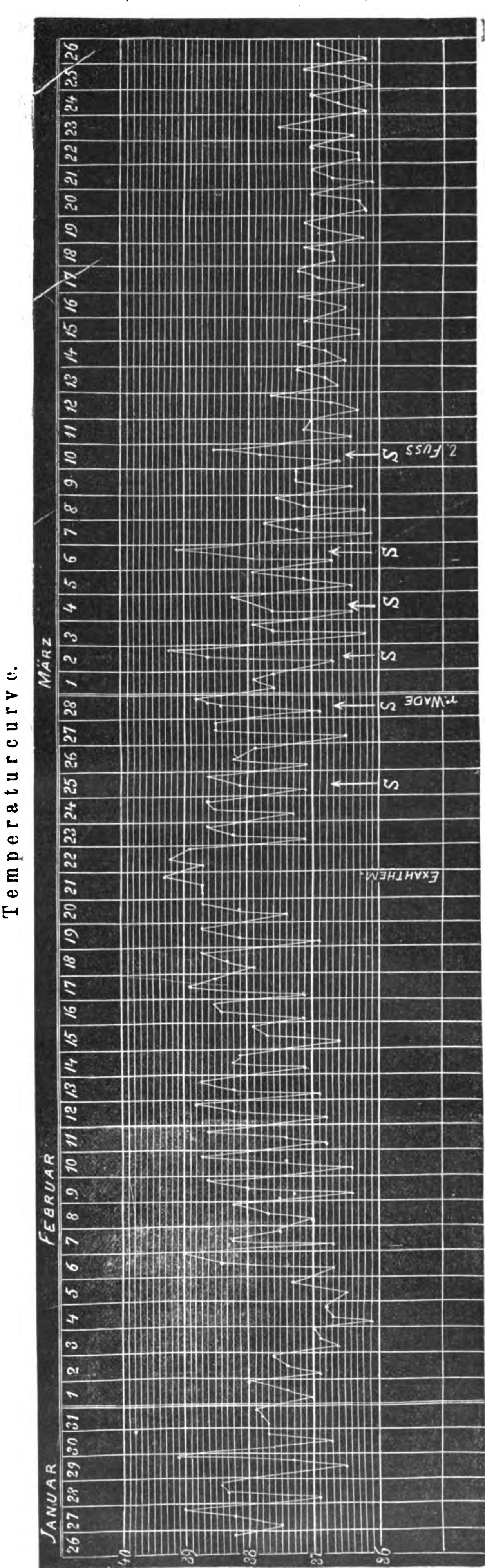
11. Schmerz und Schwellung am linken Fussgelenk vor dem Mall. ext.; deutlich fühlbares ca. Pflaumengrosses Infiltrat, welches sich an den Extensoren-Sehnen localisirt, sehr schmerzhaft bei Druck und activer Bewegung der Sehnen. Gelenk und Knochen frei. Temp. 36,4—37,1—37,0. Puls 100. — Jodpinselung am Fuss.

12. März. Schmerz am linken Fussgelenk stark. Temp. 36,3—36,7—37,5—37,0.

Von diesem Tage bis zur Entlassung des Patienten am 26. März blieb die Temperatur normal, meist unter 37,0, — vereinzelt am Nachmittag 37,1—2; nur am Abend des 23. wurde eine kurzdauernde Steigerung auf 37,5 beobachtet, welche vermuthlich auf Indigestion zurückzuführen war und eine Gabe Pulv. liquir. comp. veranlasste. Das subjective Befinden und der Appetit besserten sich; vom 21. März ab machte Pat. tägliche Spazierfahrten in offenem Wagen.

Das metastatische Infiltrat am linken Fussgelenk nahm am 13. und 14. noch zu, stellte eine diffuse Schwellung dar mit grauröthlicher Hautverfärbung, — danach wurde es allmählig resorbirt, indem Schmerz und Schwellung gradatim nachliessen und nur eine leicht livid-gelbliche Hautfärbung zurückblieb; das Gehen war vom 18. März ab ungehindert. Der Befund am Herzen blieb im Grossen und Ganzen unverändert, — namentlich ist das schabende systolische Geräusch constant; an der Herzspitze, wo es den 1. Ton ersetzt, am lautesten.

Temperaturcurve.



von da längs der linken Herzgrenze aufwärts etwas weniger stark, — auf dem Sternum deutlich schwächer; das musikalische Pfeifen etwas weniger laut als anfangs, — ist nicht constant, fehlt bisweilen und wechselt an Intensität mit den Respirationsphasen, ist am stärksten während des Inspiriums, — bei linker Seitenlage vermindert es sich, — auf der untern Hälfte des Sternum ist es am constantesten hörbar.

Die rechte Herzgrenze reicht im Stehen bis zum rechten Sternal-Rand, im Liegen etwas hinüber; der Spitzenstoss im 5. J. c. R., etwas nach innen von der Mammillarlinie, ist kräftig. Der Puls, welcher seit Anfang März immer labiler und etwas frequenter geworden war, blieb weich, eher klein — schwankte im Liegen zwischen 90—108, — im Stehn ging er meist auf 120 und mehr hinauf und blieb auch so bis zur Entlassung. Die Milz — nicht palpabel — war deutlich kleiner geworden, desgleichen die Leber, welche aber immer noch den Rippenrand überragte.

Da sich Pat. 15 Tage fieberfrei gehalten hatte, sich subjectiv wohl fühlte, guten Appetit und Schlaf hatte, — auch ohne Beschwerden im Hause sich bewegte und Spazierfahrten machte, — lag kein Grund vor, ihn länger im Spital zurückzuhalten und er wurde am 26. März entlassen.

Es bestanden die physikalischen Zeichen einer Mitral-Insufficienz (vielleicht mit Durchlöcherung des grossen Klappensegels), eine mässige rechtseitige Hypertrophie und abnorm hohe Frequenz des Pulses, der zudem sehr impressionabel war. Dass die Endocarditis maligna, die wir constatirt hatten, — definitiv und für immer geheilt war, darf freilich nicht behauptet werden, doch waren die wichtigsten Symptome, — nämlich das remittirende Fieber und die Metastasen — geschwunden und wenn keine Heilung vorlag, so hatte die Endocarditis wenigstens ihren malignen, infectiösen Charakter verloren. Es war in jedem Fall ein unerwartet günstiges Resultat erreicht — und ich darf dasselbe wohl auf die Seruminjectionen zurückführen. Ein Blick auf die Curve zeigt zu deutlich im Anschluss an jede Injection (ausser der 1.). Temperatur-Steigerung, welcher jedesmal ein besserer Tag folgte. Ferner trat unmittelbar nach der 2. Injection die Metastase in der rechten Wade und unmittelbar nach der 6. die am linken Fussgelenk auf, was mir auch für Einwirkung des Serum auf den localen Process an der Mitralklappe zu sprechen scheint: Wurde in der erkrankten Klappe Heilungs- und Vernarbungs-Tendenz durch die Injection gesteigert, so konnten leicht einige Partikel aus etwaigen Klappen-Vegetationen abgestossen und als Emboli fortgeschwemmt werden.

Seit Entlassung des Pat. aus dem Hospital sind gegenwärtig 6 Wochen verflossen und er ist nach den letzten Nachrichten (Aix les Bains) bis jetzt gesund geblieben.

Referate.

B. Sachs (New-York): Die amaurotische familiäre Idiotie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1898.

Mit diesem Namen bezeichnet Verf. eine Krankheitsform, die in den ersten Lebensjahren zur Beobachtung gelangt. Die charakteristischen Veränderungen im Augenhintergrund sind zwar von verschiedenen Ophthalmologen beschrieben, doch ist das ganze Krankheitsbild noch nicht gewürdigt worden. Bei der Geburt und in den ersten Wochen des Lebens erscheinen die Kinder vollständig normal. Nach Verlauf von zwei bis vier oder sogar von acht Monaten bemerken die Eltern, dass die Kinder theilnahmlos sind, dass sie sich wenig um ihre Umgebung kümmern, dass die Augen hin- und hergerollt werden, dass sie sich weder aufsetzen, noch den Kopf gerade halten können und dass spontan wenige Bewegungen ausgeführt werden. Die Schwäche der Extremitäten nimmt allmählich zu und es kommt zu einer mehr oder weniger completen Diplegie, die gewöhnlich spastischer Natur ist, aber auch schlaffer Natur sein kann. Krämpfe fehlen entweder ganz oder kommen nur vereinzelt vor. Das Verhalten der Reflexe ist verschieden, sie können erhöht, normal, oder sogar vermindert sein, dagegen ist das elektrische Verhalten der Nerven und Muskeln ein normales. Vor Ende des ersten Lebensjahres werden die Kinder total blind (Veränderungen in der Macula lutea, wie bei der Embolie der Arteria retin. centralis, später bis Opticusatrophie); die vollkommene Idiotie ist deutlich ausgeprägt; es entwickelt sich allmählich ein Zustand von Marasmus, dem die Kinder vor Beendigung des 2. Lebensjahres unterliegen. Die Krankheit befällt meist mehrere Kinder einer Familie, Lues und Alcoholismus spielen keine Rolle. Die Aetiologie dieser Erkrankung ist, wie bei anderen familiären Affectionen, vollständig unbekannt. Es kann nur behauptet werden, dass eine Blutsverwandtschaft der Eltern, schwere Psychosen in den Familien beider Eltern, Trauma während der Schwangerschaft in den verschiedenen Krankengeschichten angeführt werden. — Obgleich die Krankheit Aehnlichkeit mit der congenitalen familiären Diplegie und mit den hereditären spastischen Paralysen hat, unterscheidet sie sich von diesen schon durch den ganz charakteristischen Augenbefund. Was die Sectionsbefunde anlangt, so haben dieselben eine ausgebreitete Degeneration der Hirnrinde, der Retina und des Rückenmarks ergeben. Die grossen Pyramidenzellen fehlen zum grossen Theil in allen Rindenregionen oder sind auffallend degenerirt. Ob die Zellenveränderungen als primäre Degeneration aufzufassen sind, oder als solche, wie wir sie bei Entwickelungshemmung finden, ist nicht sicher zu entscheiden; doch ist das Letztere wahrscheinlicher.

Abelmann.

W. H. Brown: Neuralgie infolge von Velocipedfahren: Brit. Med. Journ. 1898, Febr. 26.

Verf. beobachtete mehrere Fälle von Neuralgie infolge von übertriebenem, angestrengten Fahren auf dem Velociped. Die Pat. klagten über starken Schmerz in den Hoden. Bei der Untersuchung wurde die Haut des Scrotums hyperaesthetisch und die Testikel sehr druckempfindlich gefunden. In einem Falle fanden sich unter der Haut des Perineum leichte Blutextravasate als Zeichen stattgehabten Druckes. Einer der Pat. litt über einen Monat an dieser Neuralgie, wobei er den grössten Theil der Krankheit zu Bette verbringen musste, da er sich wegen der Schmerzen nicht bewegen konnte. Bei Frauen beobachtete Verf. Schmerzen im After und in der Haut der Umgebung des Anus. In einem Falle war die Defäcation mit starken Schmerzen verbunden, ohne dass Fissuren oder irgend welche sichtbaren Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Alle Pat. genasen. Prophylactisch ist es wichtig passende Sättel auszuwählen, doch meint B., dass es ebenso schwierig sei einen guten Sattel, wie gut sitzende Stiefel zu bekommen.

B.

Basch und Weleminsky: Ueber die Ausscheidung von Microorganismen durch die thätige Milchdrüse. (Berliner klin. Wochensch. Nr. 45. 1897).

Die Frage, ob Infectionskeime durch die Milch ausgeschieden werden, ist von den Verf. auf experimentellem Wege bearbeitet worden. Säugenden Meerschweinchen wurden Culturen von Bac. cyanogenes lactis und Bac. prodigiosus in Kochsalzlösung intravenös injicirt; in der Milch konnten diese Mikroben nicht nachgewiesen werden, offenbar gehen sie im Blute rasch zu Grunde. Von pathogenen Mikroorganismen kann man den Bac. anthracis säugenden Meerschweinchen subcutan einverleiben, ohne dass die Milch inficirt wird. Es entspricht dem die bekannte Thatsache, dass trotz der recht grossen Verbreitung des Milzbrandes unter den Rindern ein sicher festgestellter Fall von Uebertragung auf den Menschen durch die Milch nicht bekannt ist. Ganz anders verhält es sich mit dem Bacillus pyocyaneus; wird er säugenden Meerschweinchen intravenös eingeimpft, so gelingt es leicht ihn in der Milch nachzuweisen. Wahrscheinlich ermöglichen es die in der Milchdrüse bei der Pyocyaneusinfection regelmässig auftretenden Hämorrhagien, dass die Bacillen aus den Gefässen in das Gewebe verschleppt werden und auf diese Weise in das Lumen der Milchgänge gerathen. Die Versuche der Verf. Typhus, Cholera- und Diphtheriekeime nach intravenöser Injection bei Kaninchen in der Milch nachzuweisen, fielen alle negativ aus. Auch Streptokokken gehen in die Milch nicht über; ebensowenig enthielt die Milch eines säugenden Kaninchens, das intrapleural mit Staphylokokken inficirt worden war und in vivo Staphylokokken im Blute darbot, die Mikroorganismen. Die Versuche haben somit auf das Evidenteste bewiesen, dass für gewöhnlich Infectionskeime in die Milch nicht übergehen; es kann sich nur in seltenen Fällen um eine mechanische Beimengung der Mikroben in Folge von Hämorrhagien oder Localerkrankungen in der Drüse handeln.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. Arnold: Repetitorium der Chemie. 8. Auflage. 1898. (Hamburg und Leipzig. Verlag v. L. Voss).

Das vorliegende Repetitorium ist vorwiegend für Studirende der Medicin bestimmt und enthält die allgemeine Chemie, die



organische und anorganische. An manchen Stellen finden wir bei Besprechung einer chemischen Verbindung Hinweise auf die Anwendung derselben als Arzneimittel, so dass man im gegebenen Fall hie und da über Herstellung, chemische Reaction etc. Auskunft erhalten kann. Im Uebrigen sei auf das Buch, das wohl in der Fachliteratur einer ausführlicheren Besprechung gewürdigt wird, als Leitfaden neben dem Colleg über die Chemie auch an dieser Stelle hingewiesen.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 19. Februar 1897.

Dr. Zoege: spricht über Myositis ossificans, gleichzeitig das Scelett eines derartigen Kranken demonstrirend. Es handelt sich um das Knochengerüst eines Patienten, der längere Zeit im hiesigen Stadthospital lag und daselbst auch starb. Redner giebt zunächst einige Daten aus der Krankengeschichte, die durch Vorweisung von Photogrammen erläutert werden. Danach bot der Pat. bei Lebzeiten das Bild der Myositis ossificans, wie es von den verschiedenen Autoren beschrieben worden ist. In Betreff des Wesens der Krankheit stehen sich zwei Ansichten gegenüber: während der eine Theil der Autoren dasselbe in einer primären Verknöcherung der Musculatur sieht, nimmt der andere, an deren Spitze Virchow steht an, dass es sich um eine richtige Exostosenbildung handelt, die von den Scelettknochen ihren Ursprung nehmend, sich zwischen die Musculatur vorschiebt. Zu erwähnen wäre endlich noch die Ansicht, dass es sich um einen congenitalen Process handelt. Sie gründet sich auf den Befund rudimentärer Gliedmaassen, spec. der grossen Zehe, was scheinbar auch in diesem Falle vorlag. Doch erwies sich die im Leben als Missbildung imponirende Verkürzung als eine Verwachsung zweier Scelettheile, der 1. und 2. Phalanx, kein Fehlen resp. mangelhafte Entwicklung eines Knochens. Zu Lebzeiten des Pat. schienen die neugebildeten Knochenmaassen in der That von den Scelettknochen ihren Ursprung zu nehmen, so in der Rückenmusculatur, Unterarm- und Oberschenkelmusculatur und erst secundär mit der Musculatur in Beziehung zu treten. Auffallende Befunde bei der Präparation veranlassten Redner jedoch diese Ansicht aufzugeben. So fand sich in der Bauchmusculatur eine Knochenspange, die nur in äusserst lockerer Beziehung zu den Rippenknorpeln stand, ferner völlig isolirte Knochenspangen im Sartorius, Rhomboideus Cucullaris. Dies widersprach direct der Anschauung, dass es sich um Exostosenbildung handelt, bewies vielmehr, dass der Process in der Musculatur selbst resp. dem intermusculären Bindegewebe vor sich geht. Auch die im Leben als Exostosen erscheinenden Massen im Latissimus, Erector trunci u. s. w. schienen einen mehr secundären Zusammenhang mit der Wirbelsäule zu haben, nirgends liess sich an ihnen eine zweifellose Entstehung aus einer Exostose erkennen. Andererseits machte es den Eindruck, dass der Zusammenhang mit der Musculatur auch ein mehr scheinbarer sei: die neugebildeten Knochenmassen schoben sich zwischen derselben vor, verdrängten sie, durchbrachen sie stellweise pilzartig, ersetzt wurde von ihnen das Bindegewebe resp. die Fascien. (Fascia lumbo dorsalis.). Ueberall gewinnen schliesslich die Knochenspangen Beziehung zu Scelettknochen, heften sich mehr oder weniger fest an, dennoch ist der Zusammenhang nur ein scheinbarer, bloss secundärer, an vielen Stellen lässt sich direct ein Abstehen der Knochen von einander nachweisen, an anderen macht es den Eindruck, als ob die neugebildeten Knochenspangen geradezu Scelettknochen (Rippen) vor sich hergedrängt haben. Virchow hat auf dem Chirurgen-Congress des vorigen Jahres seine Ansicht über die Entstehung der Knochenneubildungen aus Exostosen vertreten, indem er hervorhob, dass Knochensubstanz sich nur bilden könne, wo sich ihre Matrix d. h. Periost findet. Dennoch scheint es Vortragendem nach den Befunden bei der Präparation sowie genauer Analyse des Scelettes am wahrscheinlichsten, dass es sich um primäre Knochenneubildung im interstitiellen Bindegewebe der Musculatur handelt. Derselben Ansicht ist Lexer, der in einem Fall, wo sich während des Lebens schmerzhafte Anschwellungen in verschiedenen Theilen der Musculatur fanden, eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes mit Auftreten knorpelähnlicher Zellen in denen es stellweise zu Kalkablagerungen gekommen war, fand. Gewisse Ausnahmen auf die Virchow auch seine Ansicht stützt, lassen sich allerdings nicht ab läugnen. So ist die ganze Wirbelsäule zu einem soliden Knochenbalken verbacken, wie es bei der Arthritis der Greise so wie entzündlichen Processen vorkommt, ferner findet sich eine starke Auftreibung resp. Verdickung des Unterkiefers, auffallende Grösse des Schenkelkopfes, kleine Exostosen an der Schädelkapsel, endlich eine Knochenauflagerung auf der Scapula, deren Entstehung in der Musculatur nicht recht erklärlich ist. Vielleicht lassen sich diese Ausnahmen durch die im Allgemeinen hochgradig gesteigerte Tendenz zu Knochenneubildung erklären. — Gewisse Veränderungen an einzelnen Scelettknochen, wie z. B. die abnorme Weichheit des Calcaneus, dessen Corticalis papierdünn ist, dürften vielleicht durch das lange (4-jährige) Krankenlager bedingt sein. Ueber die Aetiologie der Erkrankung lässt uns leider auch dieser Fall völlig im Dunkeln.

Zum Schluss erwähnt Redner, dass seines Wissens in der deutschen Litteratur bisher 96 Fälle veröffentlicht wurden, einige in der englischen und einer in der polnischen. Vollständige Scelette, wie das demonstrirte sollen 2 in England und eines in Warschau sich finden.

Discussion.

Dehio: macht darauf aufmerksam, dass auch an Stellen wo die neugebildeten Knochenspangen fest mit dem Scelettknochen verwachsen sind, bei genauerem Hinschauen doch eine gewisse Abgrenzung sich bemerkbar macht in Form einer Leiste oder Linie. Es macht den Eindruck als ob es sich gleichsam um eine Anlöthung verschiedener Knochen handelt, die neugebildeten Knochenmassen am resp. im Muskel entstanden sind und sich nun, seinem Verlauf folgend, zu den entsprechenden Scelettknochen hingeschoben haben um stellweise mit ihnen eine secundäre Verklebung einzugehen. Sägeschnitte resp. Schnittflächen durch diese Anlöthungspunkt würden vielleicht Aufklärung geben. Er betont ferner dass beim Vorhandensein einer solchen Tendenz zur Knochenneubildung, das Vorkommen von Exostosen neben den intermusculär entstandenen Knochenspangen sehr wohl verständlich sei.

Kessler: wenn der Process vom Bindegewebe ausgeht, müsste die Bezeichnung Myositis fallen.

Zoege: der Name, der eigentlich Myoïtis lauten müsste, hat vielleicht insofern seine Berechtigung, als die Neubildung die Form des Muskels wiedergiebt.

Lackschewitz: führt als Beispiel für die Möglichkeit des Auftretens von Knochenneubildung an Orten, wo von einer Matrix des Knochens wie dem Periost nicht die Rede sein kann, das Vorkommen von Knochenschalen in der Choroidea phthisischer Bulbi an.

Zoege: ebenso kommt Knorpel- und Knochenneubildung in Tumoren der Parotis vor.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Prof. emer. Dr. Wilhelm Grube, dessen Hinscheiden wir in der vorigen Nr. d. Wochenschrift meldeten, gehörte zu den hervorragendsten Chirurgen Russlands. Sein Name als Chirurg und Gelehrter erfreute sich weit über die Grenzen des russischen Reiches eines ehrenvollen Rufes in medicinischen Kreisen. Fast ein halbes Jahrhundert hat der Verstorbene im Dienst der Wissenschaft gestanden und fast 40 Jahre die chirurgische Universitätsklinik in Charkow geleitet, welche er zu grosser Vollkommenheit gebracht hat. In dieser Zeit hat er Tausende von Operationen ausgeführt, die manchmal mit Lebensgefahr für den Operateur verbunden waren. So wäre er vor drei Jahren beinahe das Opfer einer Blutvergiftung geworden, an welcher er lange Zeit schwer daniederlag.

Prof. Grube wurde in Kurland am 30. Mai 1827 geboren und bezog im Jahre 1845 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1851 Medicin studirte und zum Dr. med. et chirurg. promovirt wurde. Seine ärztliche Thätigkeit begann G. als Assistent der Dorpater chirurgischen Klinik (unter den Professoren Carus und Adelmann), war dann Marinearzt in Kronstadt und als solcher Gehülfe des Oberarztes des dortigen Marinehospitals, bis er 1858 als Professor der Chirurgie nach Charkow berufen wurde, wo er die chirurgische Klinik bis zu seinem Lebensende geleitet hat. Während des deutsch-französischen Krieges war Prof. Grube als Chirurg in der deutschen Armee vor Metz thätig und während des russ.-türkischen Feldzuges leitete er das Divisionslazareth der 31. Infanterie-Division. Die Wissenschaft verdankt ihm eine ganze Reihe werthvoller Arbeiten. Grube gehörte auch zu den Gründern der Charkower medicinischen Gesellschaft, deren Präsident er viele Jahre hindurch war. Der Hingeschiedene war als Mensch wie als Arzt eine ideale Persönlichkeit und wird daher bei seinen zahlreichen Schülern und Patienten, sowie bei seinen Collegen stets in liebevollem Andenken bleiben. Sein durch die ausgebreitete Praxis erworbenes Vermögen hat er leider in unglücklichen Kohlenspeculationen eingebüsst.

— Der Academiker und klinische Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Leo Popow ist zum Ehrenleibmedicus und der Professor der genannten Academie wirkl. Staatsrath Dr. Ssimanowski, zum Ehren-Leibotiater des Hofes Sr. Kais. Majestät ernannt worden.

— Vor Kurzem beging der bekannte Kliniker Dr. Th. v. Jürgensen, Prof. ord. und Director der medicinischen

Poliklinik in Tübingen, sein 25-jähriges Jubiläum als Inhaber dieser Stellung. Der Jubilar, welcher gegenwärtig 58 Jahre zählt, war früher Privatdocent und ausserordentlicher Professor in Kiel, von wo er 1873 als Ordinarius nach Tübingen berufen wurde.

— Der ausserordentliche Professor der Pharmakologie, Diätätik und Geschichte der Medicin an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Tschirwinski, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Warschauer Universität, Dr. Uschinski, ist zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie an derselben Universität ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich die Dr. Kirikow, Assistent an der medicinischen therapeutischen Klinik, und Michnow, städtischer Accoucheur, als Privatdocenten habilitirt, ersterer für innere Krankheiten, letzterer für Frauenkrankheiten.

— Ordensverleihung: Der Wladimir-Orden III. Classe — dem Arzt des Armenhauses zum Andenken an Cäsarewitsch Nikolai Alexandrowitsch, Staatsrath Dr. Keldysch.

— Verabschiedet: Der Professor der militär-medicinischen Academie und berathendes Mitglied des Veterinärcomités, Staatsrath Dr. Afanasjew, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 25. April in St. Petersburg nach langer Krankheit der hiesige Arzt W. W. Barssow im Alter von 46 Jahren. Als Arzt war B. seit 1878 thätig. 2) In St. Petersburg am 29. April der ältere Fabrikinspector des Gouvernements Witebsk, Dr. Alexander v. Magnus. Der Verstorbene, welcher seit 1870 die ärztliche Praxis ausübte, war anfangs Militärarzt, von 885 an aber Fabrikinspector im Charkowschen, dann im Twerschen und zuletzt im Witebskischen Gouvernement. 3) In Werchneudinsk (Transbaikal-Gebiet) der dortige Stadtarzt Johann Kasanski im 49. Lebensjahre am Magenkrebs. Den Stadtarztposten bekleidete der Verstorbene seit 1876, gleich nachdem er den Cursus an der medico-chirurgischen Academie absolvirt hatte. 4) In Balaschow der Oberarzt des örtlichen Landschaftshospitals Nikolai Blagoweschtschenski am Flecktyphus im 45. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Thätigkeit. 5) Am 24. April in Wjasma, Dr. Boleslaw Tscherski, welcher mehr als 30 Jahre dort practicirt hat und als Arzt an fast allen Lehranstalten dieser Stadt am männlichen und weiblichen Gymnasium, Lehrerseminar, an der Stadtschule, am Kinderasyl — meistentheils unentgeltlich fungirte. Der Hingeschiedene erfreute sich einer grossen Popularität weit über die Grenzen der Stadt hinaus, wovon auch die überaus zahlreiche Betheiligung der Bevölkerung bei seiner Beerdigung, ohne Unterschied der Nation und Confession, Zeugniss ablegte. 6) Auf der Rückreise von Italien der Berliner Neurologe Dr. Georg Rosenbaum im 40. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher auch Mitarbeiter der «Allgemeinen medic. Central-Zeitung» war, ist namentlich durch seine Arbeiten über Tabes und die Friedreich'sche Ataxie bekannt geworden.

— Wie eine Charkower Zeitung berichtet, ist die Gattin des verstorbenen Charkower Professor Grube, Olga Grube, welche seit mehreren Monaten an einem Herzleiden schwer daniederlag und der man den Tod des Gatten verheimlicht hatte, einige Stunden nach der Bestattung des Letzteren im Alter von 65 Jahren verschieden.

— Die Moskauer Stadtduma hat der Wittwe des vor einem Jahr verstorbenen Oberarztes des Moskauer Alten Katherinenhospitals Dr. v. Hindenburg eine Jahrespension von 750 Rbl. ausgesetzt. (Russ. Wed. — Wr.)

— Der hiesige Verein der homöopathischen Aerzte hat, wie die Tagespresse berichtet, eine Prämie von 500 Rbl. gestiftet für das beste Originalwerk, welches die Richtigkeit der Principien der Homöopathie zu beweisen unternimmt. — Das dürfte wohl recht schwer fallen, können wir hinzufügen.

— Der Regierungsrath Dr. med. Kübler vom deutschen Reichsgesundheitsamt, welcher im vorigen Jahr mit Prof. Kirchner zum Studium der Lepra St. Petersburg und die Ostseeprovinzen besuchte, hat seine Stellung als Mitglied des Reichsgesundheitsamts aufgegeben und ist wieder in seine frühere Stellung als Staatsarzt bei der Kaiser Wilhelms-Academie für das militärärztliche Bildungswesen eingetreten.

— Die auch von uns seiner Zeit mitgetheilte letztwillige Verfügung der in Wien verstorbenen Wittwe des früheren St. Petersburger Anatomen, Prof. Gruber, welche 150,000 Gulden zu Stipendien behufs Förderung der Anatomie auf russischen Universitäten vermacht hat, ist neuerdings von einem ihrer Erben, einem Herrn Lumbe in Wien, gerichtlich angestritten worden, da seiner Ansicht nach, Frau Gruber bei der Abfassung des Testaments nicht zurechnungsfähig gewesen sei.

— In der Stellung der weiblichen Aerzte ist neuerdings eine wichtige Entscheidung erfolgt, indem ihnen die Rechte des Staatsdienstes verliehen worden sind. Wir geben das bezügliche in der Gesetzsammlung veröffentlichte, unterm 9. März Allerhöcst bestätigte Reichsrathsgutachten hier in extenso wieder.

1) Die Aerztinnen, welche Medicinalämter bekleiden, geniessen mit Ausnahme der Beförderung im Classenrange, der Uniform und Ordensauszeichnungen alle Rechte des Staatsdienstes, den diese Aemter den Aerzten nach dem Gesetz über den Civildienst verleihen, wobei nachstehende besondere Regeln einzuhalten sind.

2) Die Fahr- und Reisegelder, welche entsprechend dem Range, den die betreffende Person bekleidet, zukommen, werden den Aerztinnen nach der entsprechenden Rangclasse des von ihnen bekleideten Amtes ausgefolgt.

3) Diese von den Aerztinnen durch persönlichen Dienst erworbenen Pensionsrechte verbleiben ihnen auch nach ihrer Verheirathung.

4) Die Kinder der Aerztinnen geniessen, falls sie vollständig verwaist sind, oder falls der Dienst des Vaters ihnen nicht die Rechte auf Pension und einmalige Unterstützung gewährt — diese Rechte.

5) Den verwaisten Kindern von Aerztinnen, deren beide Eltern das Recht auf Pensionsberechtigung erdient haben, wird die nach dem Gesetz bestimmte grössere Einzelpension eines der Beiden zugeeignet.

6) Das Recht der medicinischen Thätigkeit, welches durch die Anm. 5 zu Art. 93 des Medicinalstatuts (Forts. v. Jahre 1895) den Aerztinnen verliehen werden, die den Cursus des Weiblichen Medicinischen Instituts absolvirt haben, ist in seinem vollen Umfange auf alle Personen weiblichen Geschlechts, welche die Würde einer Aerztin besitzen, auszudehnen.

7) Die bis zum Erlass vorliegenden Gesetzes von Aerztinnen in Medicinalämtern, denen Pensionsrechte zugeeignet sind verbrachte Dienstzeit ist ihnen für den Termin der Pensionsberechtigung und des Rechts auf einmalige Unterstützungen anzurechnen, unter der Bedingung, dass sie die gesetzlich normirten Abzüge von dem ihnen ausgefolgten Gehalt nachträglich eintragen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. Mai, d. J. 7954 (103 wen. als in d. Vorw.), darunter 743 Typhus — (59 mehr), 715 Syphilis — (17 mehr), 145 Scharlach — (5 wen.) 159 Diphtherie — (6 wen.), 57 Masern — (6 mehr), und 57 Pockenkranke — (3 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. April bis 2. Mai 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
372	345	717	155	75	92	25	12	17	75	57	48	51	59	35	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 9, Scharlach 14, Diphtherie 23. Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 4, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 70, Todtgeborene 24.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 12. Mai 1898.

Tagesordnung: 1) Dr. Hellat: Ueber die Kehlkopfstellung beim Singen.
2) Dr. Fick: Ueber Strangulationsileus.
3) Dr. Westphalen: Ueber periodisches neurotisches Erbrechen, speciell Crises gastriques.

Anfang 8 Uhr 15 Min.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.



Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt 1/2 Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(95) 26—19.

Sassnitz Ostseebad auf Rügen. Reiz. gesch. Lage, fr. beleb. niem. schw. u. doch warme Luft. Herrl. Buchenw. Hôtels u. Wohnungen für jeden Bedarf. Schnellste Verb. Berlin-Sassnitz in 5 Std. Dampfer-Verbindung nach allen Richtung. Prosp. grat. Die Badedirection.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October. — Frequenz: 13 — 14000.
Station der Hannov.-Altenb.-Eisenb. u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim - Cöln-Paris. **Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl. waldr. Umgebung. — Lawn-Tennis-Plätze, Theater, Bälle, Rennen, Gelegenheit zu Jagd u. Fischerei. Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.** (58) 5—2.

Dr. von Heinleth's
Chirurgisch-gynäcologische

PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem **Garten** gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten **Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur** chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für **Kehlkopfleiden. Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik auf's vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — **Prospecte auf Wunsch.** (40) 16—7.

Practicire vom 1. Mai ab wieder in
FRANZENSBAD
(Balneotherapie in Combination mit Behandlung nach Thure-Brandt)
(62) 3—2. **Dr. P. Profanter.**

Vom 1. Mai ab practicire ich in
BAD NEUENAHR,
Dr. W. Hülsemann,
bisher Assistenzarzt am städt. Krankenhause zu Frankfurt a/M. (Abtheilung des Herrn Prof. von Noorden).
(65) 3—3.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen.

Aeltestes klinisch geleitetes Institut Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

Dr. Freiherr von Sohlern.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

Eine ausgelernte Schwester der Reichenberg-Mellinschen Heilanstalt empfiehlt sich als Krankenpflegerin.
Изм. полкъ 4-я рота. д. 7, кв. 12.
Констанція Шмидтъ.

Vom 1. Juni ab prakt. ich wieder in
Bad Reinerz,
Sanitätsrath **Dr. Secchi.**
San Remo, Mai 1898.

Broschüre über
BAD GASTEIN
vom **königl. Rath Dr. Gager,** Badearzt in Bad Gastein (im Winter Curarzt in Arco) bei **Aug. Hirschwald in Berlin** erschienen. (60) 4—3.

Dr. Bruno Alexander
Reichenhall-Nervi.

BAD-NEUENAHR
Dr. Wilh. Niessen

Bad Oeyenhausen i/Westfalen.
Dr. Georg Kann
Badearzt u. Specialarzt f. Orthopädie u. Massage spec. compensatorische Uebungstherapie. Auf Wunsch Pension im Hause.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.
Erna Melldorf, Большая Итальянская ул. д. 15, кв. 44.
Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119,
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Дозв. ценз. Спб. 9 Мая 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, 16. (28.) Mai **1898**

Berichtigung.

In № 19 der Med. Wochenschr. vom 9. Mai, in der Arbeit von Dr. E. Moritz, sind die 4 ersten Zeilen der ersten Spalte auf pag. 17‹ durch ein Versehen an eine falsche Stelle gerathen; sie gehören zu pag 177, zweite Spalte, zwischen Zeile 3 und 4 von oben.

Zur Therapie der Nephritis haemorrhagica.

Von

Dr. A. Kramer-Dorpat.

Die Therapie der Nephritis haemorrhagica chronica ist ja bekanntlich vorzugsweise eine hygieinisch-diaetetische, von einigermassen wirksamen Medicamenten, namentlich gegen die oft excessive Haematurie sind eigentlich nur Ergotin, Tannin, event. noch acid. citric. in Betracht gekommen, und auch diese Mittel lassen häufig genug im Stich, sodass im Hinblick auf die geringe Zahl von wirksamen Mitteln und deren Inconstanz die Mittheilung eines weiteren Medicamentes seine Berechtigung haben dürfte.

Zu der von mir angewandten, weiter unten zu erwähnenden Therapie wurde ich durch einen Zufall, richtiger, eine Fehldiagnose geleitet und zwar folgendermassen:

Im Februar 1896 wurde ich von dem ersten meiner 4, resp. 5 Fälle, Herrn W. N. — 64 Jahre alt, — consultirt. Die Klagen des Patienten lauteten: Seit mehreren Monaten constatire er an sich eine stetig zunehmende Schwäche, leichte Schwellungen der unteren Extremitäten, Appetitlosigkeit, auch bei leichteren Anstrengungen Herzklopfen, und seit 2 Monaten spärlicheren, tief dunkelroth gefärbten Urin, wobei ihn namentlich die Blutfarbe des Urin sehr beängstigte. Seit der Entstehung seines Leidens habe er die verschiedensten Medicamente verordnet bekommen, so namentlich Tannin, Calomel, Plumb. acet. Salol etc., ohne auch nur irgend eine Abnahme des Blutgehaltes beobachtet zu haben. — Die objective Untersuchung ergab: Reducirte Musculatur und Panniculus adiposus, Hypertrophie des linken Ventrikels, Druckempfindlichkeit der Nierengegend, leichte Oedeme der Knöchel und der Infraorbitalgegend. Bei der Palpation der Nieren, die hier bei der reducirten Muskulatur etwas leichter war, als sonst gewöhnlich, erschienen mir dieselben als etwas vergrössert und von unebener Oberfläche. Da ich nun den Urin nicht gleich microscopisch untersuchen konnte, war mir die Herstammung des Blutes nicht ganz klar, und stellte ich daher die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Grund des allgemeinen Befundes auf Carcinom. Die Frühdiagnose auf Carcinom ist ja bekanntlich schwer zu stellen, zumal da ja von der schweren Zugänglichkeit der Nieren zur palpablen Untersuchung noch abgesehen, auch das Mikroscop sehr oft im Stiche lässt. Die von mir eingeschlagene Therapie war, was das diaetetisch-hygieinische Moment anbetrifft, von der gewöhnlichen nicht abweichend. Von der Annahme aber ausgehend, dass es sich um Carcinom handele, welches Leiden vor 2 Jahren noch vielfach mit Methylenblau behandelt wurde, verordnete ich: Salol 0,5
Pyoktanini coerulei 0,1 — 3 × tgl. 1 Oblate.

Die am 2. Tage ausgeführte mikroscopische Untersuchung ergab Cylinder von mannigfaltiger Art, darunter zweifellose Nierenepithelcylinder. Dass die Blutung aus den Nieren stammte, dafür sprachen mit Sicherheit die gelegentliche Auflagerung von Blutkörperchen auf den Cylindern, sowie ein vorgefundener Blutcylinder selbst. Die Eiweissreaction ergab c. ½ Volumen Eiweiss. Dass es sich um eine echte Albuminurie handelte, und keine durch den Blutgehalt veranlasste, dafür sprachen die abnormen Formbestandtheile des Urins selbst, die nur der Nephritis eigen sind. Es handelte sich also um eine Nephritis haemorrhagica chron.

Der weitere Verlauf der Krankheit war ein recht interessanter: Schon am 2. Tag der Behandlung war der Blutgehalt bedeutend geringer, um am 3. Tag vollständig zu verschwinden. Nachdem im ganzen 15 Pulver verbraucht waren, wurde die Methylenblaugabe sistirt, die diaetetisch-hygieinischen Massregeln dagegen weiter beobachtet. Interessant und auffällig war ausser dem Verschwinden des Blutes noch die Abnahme des Eiweissgehaltes der vor der Methylenblaugabe c. ½ Volumen betrug, 2 Wochen nachher aber nur noch in Spuren vorhanden war.

Fast 2 Jahre hielt dieser Zustand an, die Oedeme schwanden sehr schnell, der Urin blieb klar, auch die zelligen Elemente wurden nur noch sehr vereinzelt beobachtet, und der Patient erholte sich sichtlich. Dass es sich hier nicht um Carcinom handelte, resultirt wohl ohne weiteres aus dem Verlauf des Leidens während der 2 Jahre, speciell der bedeutenden Besserung des Allgemeinzustandes sowie der Gewichtszunahme. Die Nephritis haemorrhagica war offenbar ins Stadium der secundären Schrumpfniere übergegangen — oder handelte es sich um relative Ausheilung? Plötzlich stellten sich nach

fast 2 Jahren, nach einem starken Excess in bacho die alten Beschwerden und Erscheinungen wieder ein — worauf sofort wieder zu Methtylenblau gegriffen wurde, welches auch wieder prompt seine Wirkung that, wieder verschwand in 3 Tagen das Blut, wieder verschwand das Eiweiss bis auf Spuren. Bei diesem ertsen, gerade durch seine Wiederholung interessanten Falle habe ich mich etwas länger aufgehalten, und kann mich daher bei den folgenden, im Ganzen wenig abweichenden Fällen etwas kürzer fassen.

Fall II. J. S. 55 Jahr. Datum der ersten Untersuchung 22. Juli 1896. Seit einem Monat Blut im Urin, der mikroscop. Befund ergab abgesehen von Blutcylindern dasselbe, wie im Fall I. Die Therapie war die nämliche. Nach 4 Tagen verschwand das Blut, der Eiweissgehalt, welcher am 1. Tag der Untersuchung c. 3/4 Volumen betrug, war nach 1½ Wochen auf c. 1/4 Volumen zurückgegangen, bei zweckmässiger Ernährung etc. hob sich der Zustand, und ist bis jetzt, März 1898 derselbe gute geblieben.

Fall III. J. M. 49 Jahre alt, erste Untersuchung am 4. Februar. 97 Seit einigen Monaten Oedeme, verringerte Urinmenge, bedeutendes Unwohlsein und zunehmende Schwäche — viel Blut im Urin. Der Harnbefund wie Fall II, nur mehr als 3/4 Volumen Eiweiss. Therapie dieselbe. Nach 2 Wochen stellte der Patient, der vom Lande war, sich wieder vor, und gab an, dass der Blutgehalt geschwunden sei, und dass er sich seitdem bedeutend wohler fühle. Der Harn ergab auch mit der Heller'schen und der Guajacprobe kein Blut mehr, der Eiweissgehalt betrug c. 1/3 Volum. Weitere Nachrichten über den ferneren Verlauf fehlen.

Fall IV. 97 J. T. 56 Jahre alt. Dat. der 1. Beobachtung 15. Februar. Der Urin seit einiger Zeit bluthaltig, die subjectiven Empfindungen wie in den bisherigen Fällen. Die objective Untersuchung ergab einen schwachen, aber deutlichen Blutgehalt, und Eiweiss in Spuren Therapie und Erfolg wie bisher. Eine vor einigen Tagen, also nach einem Jahr vorgenommene Urinuntersuchung ergab ein vollständiges Fehlen von Blut und Eiweiss. — Relative Heilung?

Was die Aetiologie der Erkrankung anbetrifft, so habe ich nichts Typisches erfahren können, meist wurde «Erkältung» als Ursache angegeben. Selbstverständlich gestatten diese wenigen Fälle noch keine unbedingten Schlüsse über den Werth der von mir eingeschlagenen Therapie, — es standen mir aber nur diese vier Fälle zu Gebote, eventuelle Nachprüfung aber, sowie die weitere Beobachtung meiner 4 Patienten dürfte vielleicht weitere Schlüsse gestatten. Vielleicht dürfte das Methylenblau auch differentialdiagnostisch zwischen Nephritis haemorrhagica einerseits und Carcinom, Tuberculose etc. andererseits, in welch letzteren Fällen ein dauernder Erfolg wohl ausbleiben dürfte, in Betracht kommen. Schädliche Wirkungen habe ich nicht beobachten können, das Methylenblau wurde ausnahmslos gut vertragen, zumal die Dosis 0,1 eine relativ geringe ist, bei grösseren 0,3 etc. sind einmal bei der Malariatherapie Respirationsbeschwerden beobachtet worden, was aber hier vollständig fehlte.

Das Resumé, das wir aus diesen mitgetheilten Fällen ziehen können, lässt sich dahin zusammenfassen. Nach dem Gebrauch von Methylenblau ein schnelles und absolutes Verschwinden des Blutgehaltes, so wie eine Verminderung des Eiweissgehaltes, beides Momente, die im Verein mit dem bedeutend gehobenen allgemeinen Gesundheitszustand auf eine entschiedene Besserung zu schliessen gestatten.

Was die günstige Wirkung auf die Albuminurie anbetrifft, so ist dieselbe auch von Netschajew beobachtet worden, ferner theilt Lemoine (Société de biologie) 7 Fälle mit, von denen bei 3 das Eiweiss vollständig verschwand, bei 4 Fällen sich bedeutend besserte, ebenso günstig ist die Wirkung auf Pyelitis nach Einhorn und Dehio.

Von meinen 4 Fällen ist Fall IV am wenigsten praegnant, erstens weil überhaupt die Erscheinungen relativ geringfügiger waren, und weil zweitens vorübergehende Störungen vorkommen können, wie wir aus den über Nierenblutungen bei sonst gesunden Nieren nach grösseren Anstrengungen, einmal z. B. bei forcirtem Radfahren bekannt gewordenen Fällen wissen. Sehr günstig für die Methylenblauwirkung sprechen aber die anderen Fälle, vor allem Fall I. Worauf die Wirkung beruht, ist wohl nicht ohne weiteres zu eruiren, jedenfalls ist aber der Effect nicht wegzuleugnen, und wenn auch nur die Blutungen wegbleiben würden, die Albuminurie unverändert bliebe, was ja aber nicht der Fall ist, so ist auch dieses schon von Werth wenn man die gewaltige psychische Wirkung auf die Kranken beobachtet hat, die von Stund an mit neu erwachter Lebenslust und Energie der Zukunft entgegen sehen konnten.

Ueber den Werth des Haemolum hydrargyrojodatum als antisyphilitisches Mittel.

Von

Dr. Arth. Jordan-Moskau.

Trotz der wirksamen Einreibungen und Injectionen lässt sich die interne Syphilisbehandlung nicht überall vermeiden und mit Freuden begrüsst man bei dem Mangel wirklich idealer, für den inneren Gebrauch tauglicher Quecksilberpräparate jedes neue Mittel, welches mit den bisher üblichen in Concurrenz treten will. Ein solches Präparat wurde von Kobert in dem Jodquecksilberhaemol geboten, welches ausser Eisen 12,35% metallisches Quecksilber und 28,68% Jod enthält. Rille[1]) prüfte als erster dieses Mittel an einer grösseren Anzahl von Kranken und fand, dass es verhältnissmässig wenig unangenehme Nebenerscheinungen, speciell von Seiten des Verdauungsapparates machte und dass seine Wirkung auf die syphilitischen Krankheitssymptome «wenngleich keine wesentlich bessere, doch sicher keine weniger gute als die anderer per os gereichter Mercurpräparate» war. Andere Autoren äussern sich jedoch weniger befriedigt über dieses Mittel, denn Krzysztalowicz[2]) schreibt: «Mit den Anschauungen des Dr. J. R. Rille stimmen die meinigen nur insofern überein, dass das Haemolum hydrargyrojodatum, was seine Wirkung auf leichtere Syphilissymptome anbetrifft, den anderen üblichen Präparaten, die innerlidh gereicht werden nicht nachsteht; es erfüllt aber wegen seiner sehr leicht auftretenden Nebenwirkungen, die einem jeden Präparate gestellten Anforderungen nicht». Ebenso spricht sich auch Stark[3]) gegen dieses Präparat aus «weil es sehr unangenehme Nebenwirkungen besitzt». In einigen Fällen bediente ich mich gleichfalls dieses Präparates und da meine Beobachtungen vielleicht auch etwas beitragen könnten zur Klärung des therapeutischen Werthes des Jodquecksilberhämols, so erlaube ich mir dieselben zu veröffentlichen. Meine Beobachtungen umfassen 7 Fälle und zwar betreffen sie Kranke des I. Stadthospitals zu Moskau, welches vorzüglich von der dienenden Klasse frequentirt wird Mit Ausnahme eines Falles, wo das Mittel wegen eintretenden Speichelflusses bereits nach wenigen Tagen aufgegeben werden musste, konnte ich mich in den übrigen sechs Fällen davon überzeugen, dass dieses Präparat recht gut vertragen wurde. Ueber Uebelkeit klagten die Patienten entweder gar nicht oder nur auf mehrfaches Befragen; die Stühle erfolgten meist nur zweimal täglich oder liessen sich bei eintretendem Durchfall leicht

[1]) Rille. Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhaemol. Arch. f. Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIV 1896. Seite 253.

[2]) Krzysztalowicz. Ueber Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis. Arch. f. Dermat. und Syphilis. Bd. XL. 1897. S. 163.

[3]) Stark. Ueber das Haemolum hydrargyro-jodatum. Monatsh. f. praktische Dermatologie. Bd. XXV. 1897. S. 378.



durch einige Opiumtropfen auf die Norm bringen und das Allgemeinbefinden hob sich merklich.

Die Dosirung geschah in folgender Weise: haemoli hydrargyro jodati 8,0 Extr. et pulv. Liquiritiae 9,5. ut f. pil. Nr. 50 und davon in allmählich steigender Dosis 6—10 Pillen täglich. Ueber die Wirkung des Mittels auf die luetischen Symtome mögen die in aller Kürze mitzutheilenden Krankengeschichten Aufschluss geben:

I. Fall. E. F. Arbeiter, 26 a. n. aufgenommen am 19. Aug. 97 mit Sclerosis gl. penis, Lymphadenitis, Exanthema papulopustulosum, Anaemia. Ord. Jodquecksilberhämolpillen. Unter Gebrauch dieser Pillen bessert sich anfangs das Exanthem und die Sclerose verkleinert sich, aber darauf geht es mit der Besserung nicht mehr weiter fort, sondern es treten trotz Gebrauch von 125 Pillen neue Pusteleruptionen auf, welche die Behadlung mit Sublimatinjectionen fortzusetzen zwangen, unter welcher sich der Process langsam bessert.

II. Fall. F. U., Bettler, 50 a. n. aufgenommen am 7. Mai 97 mit Ulcera gummosa frontis et ossium parietalium. Nephritis parenchymatosa, Marasmus senilis. Neben Jodkali, Dec. Zittmanni etc. wurden dem Pat. eine Zeitlang auch Jodquecksilberhämolpillen ordinirt, jedoch war nach Gebrauch von 80 Pillen gar keine Besserung zu sehen und es wurde von dieser Behandlung abgesehen.

III. Fall. N. J., Schlosser, 23 a. n. aufgenommen am 15. Oct. 97 mit einem Ulcus indur. gl. penis, Lymphadenitis, Exanthema maculo-papulosum. Ord. Genannte Pillen. St. pr. am 30. Nov. nach Gebrauch von 245 Pillen: Es besteht noch ein Rest des Geschwürs und auf der Stirn findet sich noch eine Gruppe von Papeln. Allgemeinzustand vorzüglich. Auf Wunsch des Patienten aber wird die Behandlung mit Sublimatinjectionen fortgesetzt.

IV. Fall. J. W., Arbeiter, 23 a. n. aufgenommen am 20. Dec. 97 mit Sclerosis praeputii penis. Exanthema papulosum. Plaques labiorum, Lymphadenitis. Ord. Jodquecksilberhämolpillen St. pr. am 31. Dec. nach Gebrauch von 35 Pillen. Der Ausschlag ist im Schwinden, die übrigen Erscheinungen bestehen fort, wegen heftigen Speichelflusses muss die Behandlung ausgesetzt werden. Nach einer Pause wurden von neuem die Pillen gegeben, aber wieder trat Salivation ein. Die nun verordneten Einreibungen vertrug Patient gut.

V. Fall. S. P., Arbeiter, 29 a. n. aufgenommen am 13. Jan. 98 mit einem tuberculösen Syphilid des Rückens und der Oberschenkel. Ord. Jodquecksilberhämolpillen, welche vom Patienten ganz vorzüglich vertragen wurden und unter deren Gebrauch Patient geradezu corpulent wurde. Die syphilitischen Erscheinungen besserten sich zwar auch, aber sehr, langsam und nicht befriedigend, so dass am 1. März nach Gebrauch von insgesammt 400 Pillen zu subcutanen Sublimatinjectionen übergegangen wurde, unter denen das Syphilid schnell verschwindet.

VI. Fall. M. S., Dienstmagd, 19 a. n. aufgenommen am 24. Oct. 97 mit Papulae lab. maj., Lymphadenitis, Papulae lab. inf. Exanthema maculosum. Ord. Jodquecksilberhämolpillen. St. pr. 10. Nov. nach Gebrauch von 59 Pillen: Die syphilitischen Erscheinungen sind fort, es besteht aber leichter Durchfall (4 Stühle täglich) Aussetzen der Pillen. 14. November. Der Durchfall ist geschwunden. Patientin verlässt auf ihren Wunsch das Hospital.

VII. Fall. M. F., Köchin, 30 a. n. aufgenommen am 24. Oct. 97 mit Angina papulosa, Exanthema maculosum, Lymphadenitis. Ord. Jodquecksilberhämopillen, An den ersten Tagen klagte Patientin über Leibschmerzen, Durchfall bestand jedoch nicht. Bald gewöhnte sich aber Patientin an das Präparat, denn die Leibschmerzen hörten auf. Nach 26 Pillen war das Exanthem fort und am 26. Nov. verliess Patientin nach Gebrauch von 86 Pillen das Hospital, frei von syphilitischen Erscheinungen. Der Rachen war nebenbei local behandelt worden.

Abgesehen vom Fall IV, wo der durch Jodquecksilberhaemol hervorgerufene Speichelfluss sicher durch eine Idiosyncrasie gegenüber diesem Präparat zu erklären ist, da die späteren Einreibungen keine Salivation veranlassten, vertrugen die anderen Patienten diese Pillen gut. Dieses entspricht den Angaben Rilles, widerspricht aber denen Stark's und Krzysztalowicz's, wofür sich keine genügende Erklärung finden lässt. Bei eventuellen weiteren Versuchen mit dem Jodquecksilberhämol müsste vor Beginn der Cur genau auf den Zustand des Verdauungsapparates geachtet werden. Bei meinen Kranken war dieser ein guter.

Hinsichtlich der Wirkung des Mittels auf den syphilitischen Process wäre zu bemerken, dass bei den zwei Frauen die syphilitischen Symptome ausserordentlich schnell schwanden, wie das aber auch sonst bei den Frauen häufig der Fall ist, dass aber bei den Männern der Erfolg ein sehr langsamer war, so dass zu anderen Mitteln gegriffen werden musste. Der Eindruck, welchen ich demnach von Jodquecksilberhämol erhalten habe, ist kurz folgender: Es macht bei Leuten mit gutem Verdauungsapparat verhältnissmässig wenig unangenehme Nebenerscheinungen, hebt den Allgemeinzustand in trefflicher Weise, ist aber nur bei sehr leichter Syphilis allein genügend diese zum Schwinden zu bringen. Bei anämischen Patienten würde ich daher vorziehen das Hämol für sich allein neben den üblichen antisyphilitischen Mitteln zu verabfolgen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zur Austilgung der Syphilis. Abolitionistische Betrachtungen über Prostitution, Geschlechtskrankheiten und Volksgesundheit nebst Vorschlägen zu einem Syphilisgesetz von Dr. med. Ernst Kromayer, Privatdocenten der Dermatologie und Syphilis a. d. Universität Halle a. S. Berlin. Verlag von Gebrüder Bornträger. 1898.

Obgleich in einzelnen grossen Städten wie z. B. Breslau. jede inscribirte Prostituirte monatlich einmal auf Gonococcen untersucht wird, so bleibt die Controlle doch eine ungenügende. Die Erfahrung hat gelehrt, dass bei einmaliger Untersuchung die Gonococcen eben nicht immer gefunden werden. Es kommen daher häufig genug Fälle vor, wo trotz genauer ärztlicher Untersuchung eine gonorrhoische Ansteckung doch noch erfolgen kann. Anders liegen aber die Verhältnisse bei der Syphilis. Bei einer sorgfältigen Untersuchung müssen bestehende syphilitische Erscheinungen gefunden werden. Daher verhält sich die Syphilis in Bezug auf die Controlle diametral entgegengesetzt der Gonorrhoe.

Deshalb muss man auch die Frage, ob es theoretisch denkbar ist die Gonorrhoe einzuschränken mit einem «Nein» beantworten, die theoretische Möglichkeit der Vernichtung der Syphilis aber zugeben.

Kromayer giebt folgende Vorschläge zu einem Syphilisgesetz, die da zeigen sollen, dass ein Gesetz in dieser Beziehung in der Praxis denkbar und möglich ist.

1) Niemand ausser den staatlich approbirten Aerzten darf Syphilis erwerbsmässig behandeln. Unkenntniss und Nichterkennen der Syphilis seitens des Curpfuschers schützt nicht vor Strafe.

2) Jede Person, die eine Geschlechtskrankheit erwirbt, hat einem staatlich approbirten Arzte, dessen Wahl ihr freisteht, sofort persönlich zur Feststellung der Krankheit Anzeige zu machen. Liegt Syphilis oder der Verdacht auf Syphilis vor, so treten die nachfolgenden Bestimmungen in ihr Recht (§ 5), im anderen Falle kann die Person nach Belieben sich behandeln lassen oder nicht.

3) Jede Person, die Kenntniss von einer geschlechtlichen Erkrankung einer anderen erhält, hat diese aufzufordern, einem Arzte persönlich Anzeige zu machen, und, falls dieser Aufforderung nicht Folge geleistet wird, selbst Anzeige zu machen.

4) Jedermann hat Anspruch auf unentgeltliche Untersuchung daraufhin, ob er geschlechtskrank ist, seitens der eigens hierzu beamteten Aerzte, und desgleichen den Anspruch auf unentgeltliche Behandlung, wenn er an Syphilis erkrankt ist oder seine Erkrankung den Verdacht auf Syphilis erweckt. Es steht jedoch Jedermann frei, sich vom Arzte seiner Wahl untersuchen zu lassen.

5) Kein approbirter Arzt ist verpflichtet, geschlechtskranke Personen zur Untersuchung auf Syphilis anzunehmen, oder Syphiliskranke zu behandeln. Uebernimmt aber ein Arzt diese Untersuchung oder Behandlung, so hat er auch den dafür geltenden Bestimmungen pünktlich Folge zu leisten, widrigenfalls er in Strafe verfällt.

6) Jede syphilitische oder im ärztlichen Verdacht der Syphilis stehende Person hat den ärztlichen Anordnungen — soweit sie die Behandlung der Krankheit betreffen — unbedingt Folge zu leisten. Ist sie mit den Anordnungen nicht einverstanden, so kann sie den Arzt wechseln; jedoch darf dieser Wechsel, falls sie am Orte bleibt, nicht öfter als drei mal im Jahre erfolgen.

7) Jede syphilitisch erkrankte Person hat im Besonderen die Pflicht, sich während der ersten Jahre nach erfolgter Infection regelmässig wiederkehrenden ärztlichen Untersuchungen zu unterwerfen.

8) Kommt eine syphilitische Person den Anordnungen des Arztes nicht nach, so hat der Arzt das Recht, sofort der Polizei Anzeige zu machen, um eine zwangsweise Behandlung oder Untersuchung einzuleiten. Er darf indessen, wenn eine unmittelbare Ansteckungsgefahr unwahrscheinlich ist, die Person an ihre Pflicht erinnern. Erst wenn diese Erinnerung fruchtlos geblieben ist, oder wenn der Arzt von dieser Erinnerung keinen Gebrauch machen will, hat er die Pflicht, der Polizei Anzeige zu machen.

9) Die Polizei hat das Recht, Personen, welche der Syphilis verdächtig sind, oder durch ihren Lebenswandel besonders geeignet erscheinen, Syphilis zu verbreiten, der zwangsweisen Untersuchung zuzuführen, falls diese nicht ein ärztliches Attest über ihren Gesundheitszustand anfzuweisen haben.

Was nun die Controlle dieser Punkte anbetrifft, so muss dieselbe in die Hand des Arztes und des Patienten selbst gelegt werden, eine stattliche Controlle ist unnütz. Controllkarten möglichst einfacher Art werden in 2 Exemplaren ausgestellt, von denen eine der Arzt, die andere der Patient behält. Bei einem Wechsel des Arztes hat der Patient dem ihn bisher behandelnden Arzte mitzutheilen in wessen Behandlung er übergegangen ist und letzterem nun hat der Arzt die von ihm geführte Controllkarte zuzuschicken. Diese Controllkarten sind bis zum Schluss des 3. Kalenderjahres, mit eingerechnet das Jahr der Erkrankung, weiterzuführen und in beiden ersten Jahren hat der Patient sich monatlichen, dann vierteljährlichen Untersuchungen zu unterziehen. — Eine Remuneration der Aerzte für die durch Führung der Controllkarten verursachte Arbeit findet vom Staate nicht statt.

Zur statistischen Feststellung der Wirkungen dieser Bestimmungen sollen am Schlusse eines jeden Jahres die noch nicht mit Controllkarten versehenen Syphilisfälle, die in die Behandlung eines Arztes getreten sind, von ihm der Staatsbehörde (in Berlin das Reichsgesundheits-Amt) mitgetheilt werden.

An Stelle des vollen Namens des Patienten sind nur die Anfangsbuchstaben zu setzen und die übrigen Krankheitsdaten in ein möglichst einfach gehaltenes Schema zu setzen.

Das Resultat seiner Betrachtungen fasst Kr. folgendermassen zusammen: Der Schwerpunkt der Gonorrhoe des Mannes liegt nicht darin, dass er krank ist, sondern dass er seine Frau in der Ehe ansteckt, und die Frau vor der Ansteckung zu bewahren muss das Ziel der Hygiene sein.

Deshalb beruht die Hygiene der Gonorrhoe auf der Behandlung des Mannes vor der Ehe, die Hygiene der Syphilis auf der Assanirung der Prostitution. Fr. Mühlen.

v. Baumgarten und Tangl. Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën. XI Jahrgang 1895. Verlag v. Harald Bruhn, Braunschweig, 1897.

Das Erscheinen eines neuen Bandes von «Baumgartens Jahresbericht» ist stets für alle, welche selbst bacteriologisch thätig sind, ein willkommenes Ereigniss. Um so erfreulicher ist es, dass der Zeitraum zwischen der Herausgabe der einzelnen Jahrgänge sich zu verkürzen scheint, und noch ein weiterer Fortschritt in dieser Beziehung in Aussicht gestellt wird.

In dem elften Bande ist die Zahl der referirten Arbeiten im Vergleich zu dem vorhergehenden um fast Hundert gestiegen; trotzdem ist es den Herausgebern möglich gewesen, den äusseren Umfang sogar noch ein wenig einzuschränken.

Was die äussere Form und die Anordnung des Materiales anbetrifft, so ist der Jahresbericht dem Typus treu geblieben, welcher sich in dem ersten Decennium seiner Existenz bewährt hat.

Als erfreuliche Neuerung müssen wir es begrüssen, dass es den Herausgebern gelungen ist durch Heranziehung neuer Mitarbeiter, denjenigen bacteriologischen Arbeiten eine eingehendere Berücksichtigung zu sichern, welche in wenig verbreiteten Sprachen, wie ungarisch, portugiesisch, spanisch, neugriechisch, erscheinen. Das Werk gewinnt hierdurch noch mehr an internationaler Bedeutung, als ihm bisher schon zukommt. Gerade von diesem Gesichtspunkte aus ist es zu bedauern, dass an der Bearbeitung des elften Bandes die früheren Mitarbeiter für russische und holländische Litteratur nicht Theil genommen haben. Der Leser empfindet zwar diesen Ausfall kaum, da er durch Benutzung von Besprechungen und Referaten anderer Werke sich hat ausgleichen lassen; trotzdem werden speciell wir russischen Leser uns freuen, vom nächsten Jahrgang an die russische Litteratur wieder von Alexander Lewin (nachdem derselbe von seiner Expedition nach Bombay zurückgekehrt ist) bearbeitet zu finden.

A. W.

E. v. Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik I. Bd. I. Abtheilung. Verlag von G. Thieme. Leipzig 1897. Preis 10 Mk. 422 pg.

Neben den bisherigen Handbüchern der Ernährung fehlte uns eine zusammenfassende Darstellung in der originellen Weise, wie sie v. Leyden in Gemeinschaft mit einer Reihe anderer hervorragender Autoren unternommen hat. Die verflossenen zwei Jahrzehnte haben eine Fülle neuer Ergebnisse auf dem Gebiete der Ernährung zu Tage gefördert, neue Anschauungen sich Bahn gebrochen und dementsprechend die Ernährung besonders der Kranken mancherlei Wandlungen erfahren. Ja, wir sehen bereits die Ernährung, als ein selbständiges Agens, neben anderen ebenbürtigen Behandlungsmethoden, in unser ärztliches Arsenal aufgenommen. Diese selbständige, von v. Leyden zuerst als «Ernährungstherapie» bezeichnete Methode soll nun in dem vorliegenden Werke in erster Linie zum Ausdruck gebracht werden und somit den modernen Bedürfnissen entsprechend eine Lücke ausfüllen. Um auf das gross angelegte Buch nur kurz einzugehen, so bringt das erste Kapitel einiges aus der Geschichte der Ernährungstherapie in lebhafter Darstellung des Kopenhagener Professors Petersen. Dann folgen in 5 ausführlichen Abschnitten, welche von Rubner stammen, die Ernährungsgesetze, die Lebensmittel, die Grundsätze einer rationellen Ernährung und das Kostmaass unter verschiedenen Umständen. Sie sind practisch wichtig und zeugen von der Beobachtungsgabe und der grossen Erfahrung des Verfassers. Wir erwähnen dann als besonders anregend das Kapitel über die allgemeine Pathologie des Stoffwechsels von F. Müller in Marburg. Aber die Perle des Bandes stellt der folgende Abschnitt über Indicationen der Ernährungstherapie vor, welcher zu seinem Urheber den Herausgeber v. Leyden hat. Einfach und meisterhaft ist die Schilderung und wer sie gelesen hat, wird sie befriedigt aus der Hand legen. In dem folgenden Abschnitte spricht sich G. Klemperer über die Nährpräparate aus und sucht die Spreu vom Weizen zu scheiden. Dann behandelt Liebreich die medicamentösen Unterstützungsmittel der Ernährung und endlich giebt Senator sein Bestes über Bäder, klimatische Kuren und Bewegungstherapie. Wenn das Werk in demselben Sinne fortgesetzt werden wird so verspricht es jedenfalls eins der werthvollsten und beliebtesten in der Bibliothek des Arztes zu werden.

Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

635. Sitzung am 3. Februar 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Heuking.

1. Herr Clemenz spricht über «Sectio cäsarea conservativa mit querem Fundalschnitt nach Fritsch (wegen Carcinom)».

In diesem zum ausführlichen Druck bestimmten Vortrage spricht sich Referent für die genannte Operation aus, welche von ihm in einem Falle mit günstigem Ausgange ausgeführt wurde.

2. Herr Moritz: Demonstration eines Röntgen-Bildes unter Mittheilung der zugehörigen Krankengeschichte.

Der 25-jährige Patient stammt aus einer Familie, in der Fälle von Phthise vorgekommen sind: seine Mutter starb vor 8 Jahren an Phthise, eine Schwester ist auch der Lungenphthise verdächtig, während andrerseits der Vater und 7 andere Geschwister vollständig gesund sind. Patient selbst hat bis zu seiner am 21. October vergangenen Jahres erfolgten plötzlichen Erkrankung gar keine Anzeichen einer tuberculösen Erkrankung der Lungen aufzuweisen gehabt;

Am 21. October erkrankte er unter Fieber und starkem Seitenstechen; von ärztlicher Seite wurde eine rechtsseitige Pleuritis constatirt; der Verlauf war ein günstiger, die Temperatur fiel bald bis auf die Norm ab.

Am 28. December erfolgte die Aufnahme in's Deutsche Alexander-Männerhospital. Der gracil gebaute und gut genährte Kranke hat kein Fieber, hustet gar nicht, und fühlt sich so wohl, dass er gar nicht sich in's Bett legen will.

Die ganze rechte Thoraxhälfte erscheint etwas eingezogen, die rechte Schulter niedriger stehend, die Athmungsexcursionen fallen rechts bedeutend geringer aus als links.

Die Palpation ergiebt rechts hinten unten aufgehobenen Stimmfremitus. Die Auscultation constatirt an derselben Stelle das Fehlen jedes Athmungsgeräusches und lautes knarrendes Reiben in der rechten Axillarlinie und vorn. — Die Erscheinungen an den übrigen Theilen der rechten Lunge bestanden in einer Abschwächung des percutorischen sonoren Schalles im Vergleiche mit den normalen Verhältnissen der linken Lunge und in vereinzelten, leisen, nicht consonirenden Rasselgeräuschen. — Rechts, im Bereiche des aufgehobenen Fremitus, absolute Dämpfung.



Das Herz erweist sich nach rechts hinübergezogen. Der Spitzenstoss nicht fühlbar; die Herztöne auscultatorisch am deutlichsten am rechten Sternalrande hörbar.

Auf Grundlage dieses Befundes wurde eine rechtsseitige exsudative Pleuritis, welche sich bereits im vorgeschrittenen Resorptionszustande befand, angenommen.

Eine Probepunction ergab serös-blutige Flüssigkeit, welche sich frei von allen Mikroorganismen erwies.

Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose. Patient hustete garnicht, Fieber war nicht vorhanden. - Unter Behandlung mit Salicylpräparaten und Compresse échauffanto schwand auch das Exsudat, so dass eine vollständige Resorption angenommen und Pat. zu Athmungsübungen am Waldenburgschen Apparat angehalten werden konnte. Letztere wurden anfänglich sehr gut vertragen; zu Beginn der Uebungen, am 12. Januar betrug die Lungencapacität 1850 ccm. und stieg nach einigen Tagen auf 1950 ccm. Bald stellte sich jedoch leichte Temperatursteigerung ein: dazu Opressionsgefühl in der Brust; die Lungencapacität ging wieder um 75 ccm. zurück und zugleich liess sich durch Percussion und Auscultation eine erneute Zunahme des intrapleuralen Exsudates nachweisen. Eine neuerdings vorgenommene Probepunction beförderte eine rein seröse Flüssigkeit, deren bacterioscopische Untersuchung wiederum vollständig negativ ausfiel.

Die Existenz einer exsudativen Pleuritis liess sich, wie aus der mitgetheilten Krankengeschichte hervorgeht, leicht feststellen. Ganz unklar war jedoch der Fall in ätiologischer Hinsicht. Die Familiengeschichte des Pat. gab wohl Anhaltspunkte zur Annahme einer hereditären Belastung bezüglich der Tuberkulose. Die persönliche Anamnese liess jedoch nichts eruiren, was für die Existenz einer der Pleuritis vorausgegangenen Lungenerkrankung sprach; der Pat. hatte nie an Husten gelitten — überhaupt nicht Erscheinungen aufgewiesen, die auf einen Spitzencatarrh hätten bezogen werden können. Die physikalische Untersuchung der rechten Lunge gab eigentlich auch keine beweisenden Symptome einer tuberculösen Lungenaffection. Das ganz spärliche, mehr durch Räuspern als durch Husten gewonnene Sputum, war makroscopisch betrachtet, gar nicht suspect und enthielt auch bei mikroscopischer Prüfung keine Tuberkelbacillen.

Die klinische Beobachtung liess somit in der Lunge keinen tuberculösen Process mit Sicherheit als Ausgangspunkt der Pleuritis entdecken. Trotzdem wurde die tuberculöse Natur der ganzen Krankheit angenommen.

Es wurde nun beschlossen, vom Pat. eine Röntgen'sche Schattenbildaufnahme zu machen.

Auf dem vom Referenten demonstrirten Bilde, welches die Durchleuchtung des Kranken vom Rücken her darstellt, sieht man sehr deutlich ein in den unteren Abschnitten der Lunge erfolgtes Retrecissement, welches sich in Verschmälerung der Intercostalräume kenntlich macht und aus welchem sich auch die auf dem Bilde unzweifelhaft zu constatirende Hinüberziehung des Herzens nach rechts erklären lässt. Sehr auffallend und für die Beurtheilung des ganzen Krankheitsbildes vielleicht von Bedeutung, ist nun folgender Umstand. Die Reihe der Wirbelkörper ist auf dem Bilde durch dunkle Schattenmassen gekennzeichnet. Die Continuität dieser schwarzen Schatten wird jedoch an der Berührungsstelle der IV. und V. Brustwirbel durch einen hellen Fleck unterbrochen. Dieser helle Fleck kann doch nur auf einer erhöhten Durchlässigkeit dieser Knochenpartie für die X-Strahlen beruhen; es wäre somit hier eine Erweichung der betreffenden Wirbelkörpertheile anzunehmen. Denkt man sich nun im gegebenen Falle diese Erweichung durch einen tuberculös-ostitischen Process zustandegekommen, so hätte man nicht nur eine zutreffende Erklärung für das auffallende Erscheinen des hellen Fleckes im skiascopischen Bilde, sondern es wäre mit dieser Annahme zugleich ein Streiflicht auf die Entstehung der Pleuritis geworfen. — Sollte hier nicht einige Berechtigung vorliegen, die Pleuritis als consecutiven Process aufzufassen, der sich an eine locale Knochentuberculose im IV. oder V. Wirbelkörper angeschlossen hat? Mit dieser Annahme stimmt auch der Umstand überein, dass bei Druck auf den Processus spinosus des IV. Brustwirbels seitens des Pat. über Schmerz geklagt wurde. — Dieser Zusammenhang bleibt selbstverständlich blos eine Vermuthung; er gewinnt jedoch an Beachtung in Anbetracht des Wegfalls jedes anderen nachweisbaren Ausgangspunktes der Pleuritis.

Discussion.

Herr Anders will die Möglichkeit der Entstehung einer Pleuritis von einem tuberculösen Knochenherde in einem Wirbel gerade nicht vollständig von der Hand weisen; macht jedoch darauf aufmerksam, dass ein solches Ereigniss zu den grössten Seltenheiten gehört. Die von den Wirbelkörpern ausgehenden Eiterungen erfolgen fast ausnahmslos in den bekannten, anatomisch vorgebildeten, ganz typischen Bahnen.

Herr Moritz giebt die Berechtigung dieser Einwendungen zu, bemerkt jedoch, dass ein tuberculöser Herd oder Sequester nicht stets durch bedeutende, zu Senkungsabscessen führende Eiterung sich bemerkbar zu machen braucht. Andrerseits liegt kein Grund vor, die Verbreitung des entzündlichen Processes aus der Umgebung per contiguitatem auf das Brustfell ganz in Abrede zu stellen.

In dem skiascopischen Bilde deutet der helle Fleck doch sicherlich auf eine Texturveränderung der Knochensubstanz hin, es scheint deshalb empfehlenswerth zu sein, die Roentgendurchleuchtung als diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung spondylitischer Herde in zweifelhaften Fällen zu verwenden.

Herr Anders hat sich davon zu überzeugen Gelegenheit gehabt, dass wenigstens bei Kindern, oft eine ganz auffallende Durchleuchtung offenbar ganz gesunder Knochen vorkommt; — woran dies liegt, kann er nicht angeben, sondern einstweilen blos das Factum feststellen. — Es wäre die frühzeitige Aufdeckung spondylitischer Herde mittelst Röntgen-Durchleuchtung auch von grossem practisch-chirurgischem Werthe, wenn nicht, leider, alle Eingriffe an spondylitischen Wirbelkörpern bisher so traurige Resultate gegeben hätten.

Vermischtes.

— Am 14. April beging der Oberarzt des hiesigen Ssemenowschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Emil Rossi sein 35-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm von seinen Collegen und Untergebenen, sowie von Vertretern der Maximilian-Heilanstalt, der hiesigen medico-chirurgischen Gesellschaft und mehrerer Garderegimenter Glückwünsche und Adressen dargebracht wurden. Ein Diner zu Ehren des Jubilars beschloss die Feier. R. ist ein Schüler der medico-chirurgischen Academie und hat seine ganze Dienstzeit im Militär-Medicinaldienst—anfangs als Regimentsarzt, dann an Militär-Hospitälern — verbracht. Fünfzehn Jahre hindurch ist er gleichzeitig auch als Specialarzt an der Maximilian-Heilanstalt thätig gewesen. (Wr.)

— Der Gehülfe des Directors der St. Petersburger Entbindungsanstalt, Geheimrath Dr. H. Tarnowski, ist zum stellvertretenden Director dieser Anstalt ernannt worden.

— Prof. Dr. Robert Koch ist von seiner Reise nach Südafrika zurückgekehrt und trifft in diesen Tagen in Berlin wieder ein.

— Der freipraktícirende Arzt Dr. Reinhold v. Wistinghausen in Reval ist zum ausseretatmässigen jüngeren Medicinalbeamten beim Medicinaldepartement ernannt und auf ein Jahr an das Hospital des estländischen Collegiums der allgemeinen Fürsorge abcommandirt worden.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Professor am hiesigen weiblichen medicinischen Institut Dr. Zaleski.

— Verstorben: 1) Am 6. Mai in Gursuf (in der Krim) der dortige Arzt Dr. Alexander Luchin, welcher nach Absolvirung des Cursus i. J. 1875 längere Zeit Arzt in St. Petersburg war, bis er vor einigen Jahren nach Gursuf übersiedelte. 2) In Moskau der Ordinator des Mjasnizkischen Stadthopistals Alexander Tschernogubow im 44. Lebensjahre an einem Leberleiden. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten und begann seine ärztliche Thätigkeit 1876 als Landschaftsarzt in Sserdobsk (Gouv. Saratow), um dann 1885 sich in Moskau niederzulassen, wo er sich speciell mit Syphilis und Hautkrankheiten beschäftigte. 3) In Kamenez-Podolsk der freipraktícirende Arzt Felician Dyczakowski im Alter von 58 Zahren an Phthisis. Als D. Student in Kiew war wurde er wegen Betheiligung am polnischen Aufstande nach Sibirien verbannt, wo er mit dem Kleinhandel sich befasste. Erst als ihm in den 80-ger Jahren gestattet wurde, Sibirien zu verlassen, nahm er seine Studien in Charkow wieder auf und erlangte 1888 auch den Arztgrad daselbst. Er hat seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 4) In Leipzig der Privatdocent der Chirurgie Dr. Alexander Garten, ein Schüler und langjähriger Assistent des verst. Professor Thiersch. Er war Inhaber einer eigenen Privatklinik in Leipzig.

— Mit der Leitung der chirurgischen Facultätsklinik der Charkower Universität ist nach dem Tode des Professors Grube der ausserord. Prof. der Chirurgie Dr. A. Podres betraut worden.

— Der Arzt Erwin Jürgens ist zum Arzt des Kirchspiels Michaelis im Hapsalschen Kreise mit den Rechten des Staatsdienstes in Bezug auf Rangerhöhung ernannt worden.

— Der Privatdocent der Chirurgie an der Universität Bonn, Dr. Robert Rieder, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. Derselbe ist neuerdings von der türkischen Regierung zur Leitung der chirurgischen Klinik

bei der militärärztlichen Hochschule zu Constantinopel berufen worden.

— Der Prosector am anatomischen Institut in Tübingen, Dr. med. et phil. R. Disselhorst, ist auf den Lehrstuhl für Thierphysiologie an der Universität Halle berufen worden. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Vorstand der hiesigen Russischen chirurgischen Gesellschaft zum Andenken an Pirogow wendet sich an alle Collegen mit der Bitte, für das anatomisch-chirurgische Pirogow-Museum alle solche Gegenstände, Apparate und Präparate, welche den Zwecken des Museums entsprechen, zusenden zu wollen. Für die Sammlungen des Museums sind erwünscht: 1) Alle möglichen Gegenstände, welche eine Beziehung zum Leben und zur Thätigkeit Pirogow's haben. 2) Topographisch-anatomische Präparate. 3) Präparate zur chirurgischen Pathologie. 4) Präparate, welche die Operationsmethoden und die Resultate von Operationen veranschaulichen. 5) Mikroscopische und bacteriologische Präparate. 6) Chirurgische Instrumente, orthopädische und chirurgische Apparate und Bandagen, sowie auch alle zur Pflege und zum Transport von Kranken und Verwundeten dienende Gegenstände.

— In Moskau sind am 28. April versuchsweise zwei Sanitätsstationen zur ersten Hülfeleistung bei Unglücksfällen oder plötzlichen Erkrankungen auf der Strasse und an öffentlichen Orten eröffnet worden. Die Mittel dazu hat eine Frau Kusnezow hergegeben. Auf jeder dieser Stationen dejouriren beständig ein Arzt, ein Feldscher und ein Sanitar und sind alle nothwendigen Instrumente, Verbandmittel und Arzneien vorhanden. Es steht auch auf jeder Station eine Kutsche zur Verfügung, in welcher der Arzt mit dem Feldscher oder Sanitare und den nöthigen Instrumenten und Arzneien zu den plötzlich Erkrankten oder Verunglückten sich begiebt.

— Die Gesellschaft der Militärärzte in Moskau hielt vor Kurzem ihre Jahressitzung ab. Aus dem in dieser Sitzung verlesenen Jahresbericht geht hervor, dass in der von der Gesellschaft i. J. 1880 zum Andenken an die 25-jährige Regierung des in Gott ruhenden Kaisers Alexander II. gegründeten Heilanstalt im letzten Berichtsjahre 52,017 Krankenconsultationen stattfanden. Während des 17-jährigen Bestehens der Heilanstalt erhielten in derselben 853,409 Personen ärztliche Hülfe. Die Apotheke der Anstalt verabfolgte auf 66,370 Recepte die Arznei unentgeltlich. Die Einnahme (weist freiwillige Spenden) beziffert sich auf 24,542³/₄ Rbl. die Ausgaben auf 12,900 Rbl. Das Vermögen der Anstalt beträgt zur Zeit ca. 126,800 Rbl.

— Zum 1. Mai, dem Endtermin für Einreichung gedruckter Dissertationen bei der militär-medicinischen Academie, waren 116 Dissertationen zur Erlangung der Doctorwürde — um 6 mehr als im vorigen und um 4 mehr als im vorvorigen Lehrjahre — eingelaufen.

— Die medicinische Facultät der Odessaer Universität wird, wie die «Russ. Telegr. Ag.» erfährt, im August 1899 eröffnet werden. Die Professoren werden wahrscheinlich schon in diesem Jahre ernannt werden.

— Der vor Kurzem verstorbene Professor Grube (Charkow) hat seine aus 4000 Bänden bestehende chirurgische Bibliothek der chirurgischen Klinik der Charkower Universität vermacht.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat, wie der «Herold» berichtet, beschlossen, den Dumaärzten, welche bisher im Falle ihrer Beurlaubung einen Stellvertreter aus eigener Tasche besolden mussten, künftig Urlaub unter Beibehaltung ihrer Gage (50 Rbl. monatlich) und mit einem Zuschlage von 50 Rbl. pro Monat zu gewähren, da sie ja während ihres Urlaubs das Visitenhonorar einbüssen. Die Collegen haben nach dem Turnus den auf Urlaub befindlichen Arzt zu vertreten.

— Der Medicinalrath hat in einem ihm vorliegenden Falle erklärt, dass in die zur theoretischen und praktischen Vorbereitung von Zahnärzten bestimmten Zahnarztschulen freie Zuhörer und Externe nicht aufgenommen werden können.

— Der 13. internationale medicinische Congress zu Paris, soll nach bisheriger Bestimmung am 2. August 1900 eröffnet werden. Das Organisationscomité hat sich unter dem Vorsitz von Brouardel, Bouchard und Marey constituirt. Vorsitzender des Executivcomités ist Lannelongue, Generalsecretär Chauffard. Der nächste internationale hygienische, sowie der dermatologische Congress soll unmittelbar vorher oder nachher ebenfalls in Paris stattfinden. (A. m. C.-Ztg.)

— Vacanz. Vom Odessaer Stadtamt ist ein Concurs zur Besetzung des vacanten Postens eines Prosectors am Odessaer Stadthospital ausgeschrieben worden. Der Concurs wird zwischen dem 20. Juni und 1. Juli d. J. stattfinden. Das Gehalt des Prosectors, welcher noch einen Gehülfen hat, beträgt 3000 Rbl. jährlich. Die Bewerber haben bis zum 20. Mai d. J. auf den Namen des Oberarztes des Odessaer Stadthospitals einzusenden: 1) Das Diplom; 2) Ein curriculum vitae und 3) Ihre gedruckten Arbeiten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Mai, d. J. 7859 (5 mehr als in d. Vorw.), darunter 720 Typhus — (23 wen.), 730 Syphilis — (15 mehr), 156 Scharlach — (11 mehr) 141 Diphtherie — (18 wen.), 58 Masern — (1 mehr), und 51 Pockenkranke — (6 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3 bis zum 9. Mai 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
406	287	693	141	91	108	21	8	17	73	60	41	58	36	31	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 15, Scharlach 11, Diphtherie 18, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 60, Todtgeborene 23.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.



RÖNTGEN-APPARATE

vorzüglichster Wirkung

fertigt als Specialität

VOLTOHM

Elektricität-Gesellschaft A.-G.

München (Deutschland).

Anerkennungen hervorragender Autoritäten.
Prospecte und Preise kostenfrei.

WIEN XIX/4. Staatlich conc.
Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—16. **Anstaltsleiter Dr. Th. Heller.**

Sanatorium Birkenwerder

bei Berlin.

Physikalisch-diätetische Behandlung.

Dirig. Arzt: **Dr. med. Ziegelroth.**
Prospecte kostenfrei durch die Direction.
(39) 15-7.

Станція желѣзной дороги Мушина — Крыница — изъ Кракова 8 час. ѣзды — изъ Лемберга 10 часовъ — **КРЫНИЦА.** изъ Будапешта 12 часовъ. Почта (3 раза ежедневно), телеграфная станція. Аптека.

Императорско-королевское заведеніе ключевое въ Галиціи.

Въ Карпатскихъ горахъ, 590 метр. выше уровня моря. — Отъ станціи желѣзной дороги одинъ часъ шоссейной дороги. На станціи удобная повозка. **Лѣчебныя средства. Источникъ весьма крѣпкой щавелевой воды, известковой и магнезіово-содово-желѣзистой. Купальни минеральныя, весьма изобилующія** угольною легкою кислотою, по методѣ Шварца нагрѣванія. (Въ 1897 г. выдано 43.500). **Весьма дѣйствующія купальни боровыя** (1897 г. выдано 16.400). **Купальни газовыя изъ чистой угольной кислоты. Казенное** Заведеніе гидропатическое подъ управленіемъ д-ра Еберга (въ 1897 г. выдано 12.000). **Купальни рѣчныя. Климатъ подкрѣпляющій, подальпійскій. Воды минеральныя мѣстныя и всякія заграничныя. Кефиръ. Сыворотка овечья. Стерилизованое молоко. Лѣчебная гимнастика. Аптека. Врачъ заведенія д-ръ Л. Копффъ изъ Кракова;** постоянный ординаторъ въ теченіе цѣлаго сезона. **Сверхъ того 12 врачей вольно занимающихся лѣченіемъ. Помѣщенія слишкомъ** 1500 комнатъ съ полнымъ комфортомъ, устроенныхъ по цѣнѣ отъ 60 цент. ежедневно и выше. — **Домъ ключевой. Читальня. Рестораны. Частные пансіоны, гостинницы, кондитерскія. Костелъ католическій. Церковь. Постоянная музыка ключевая** (Директоръ А. Вроньскій). **Постоянный театръ. Концерты — прочитыванія — балы. Прогулки въ тѣнистыхъ окрестностяхъ Карпатъ. Пространный игловатый паркъ,** образцово устроенный, около 100 морговъ пространства. **Фрекwенція въ 1897 г. 4950 лицъ. Сезонъ съ 15 Мая до 30 Сентября. Въ мѣсяцѣ Маѣ, Іюнѣ и Сентябрѣ цѣны купаній, квартиръ въ домахъ казенныхъ и блюдъ въ ресторанѣ ключеваго дома на 25% ниже. Въ мѣсяцѣ Іюнѣ и Августѣ не дѣлается для неимущихъ никакихъ облегченій, какъ то: освобожденіемъ отъ таксъ лѣчебныхъ и пр.**

Разсылка водъ минеральныхъ Крыницкихъ съ мѣсяца Апрѣля до Ноября. Складочныя мѣста во всѣхъ большихъ городахъ въ краѣ и заграницей. **Ближайшія объясненія по желанію сообщаетъ и брошюры и проспекты разсылаетъ.**
Императорско-королевское Управленіе ключевое въ Крыницѣ.

Dr. von Heinleth's
Chirurgisch-gynäcologische

PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem Garten gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten **Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur** chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für **Kehlkopfleiden. Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik auf's vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — **Prospecte auf Wunsch.** (40) 16—8.

Wasserheilanstalt in Reichenau
(Niederoesterreich)

„RUDOLFSBAD"

an der **Südbahnstation Payerbach, 2 Stunden per Südbahn von Wien** entfernt. **Herrliche** von allen Seiten **geschützte Lage,** in einem der **schönsten Alpenthäler Niederoesterreichs (476 Meter** über dem Meere) **Ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft** bilden die anerkannten Vorzüge der seit **28 Jahren** bestehenden **Anstalt,** in welcher auch **Kranke,** die nur einer **klimatischen Kur** bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 15. Mai

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis), für **Wasserkuren, Electricität und Massage, Oertelsche Kur,** gegen **Fettleibigkeit.** Eröffnung der **Trinkhalle für Molken, Milch und alle Sorten frisch gefüllter Mineralwässer am 15. Mai** und des **Voll- und Schwimmbades** (16—18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) **am 1. Juni.** Täglich Promenaden-Concert. **Directe Telephonverbindung mit Wien.**
Prospecte werden durch die Kur-Inspection auf Verlangen **gratis** zugesandt. — Nähere Auskünfte ertheilen: **Dr. Ludwig Thomas,** Curarzt; **J. M. Waissnix Erben,** Eigenthümer. (75) 3—3.

Inselbad Paderborn.
Einzige Heilanstalt für
Asthma *) und verwandte Krankheiten,
Nasen- und Halsleiden.
Prospecte gratis.
Spec.-Arz **Dr. Brügelmann,** Dir.
*) cf. Brügelmann: Ueber Asthma. III. Aufl. **J. F. Bergmann,** Verlag Wiesbaden. (35) 5—4.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Дозв. ценз. Спб. 16 Мая 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

5

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, 23. Mai (4. Juni) 1898

Zehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zehnte Aerztetag wird in Wolmar am 20., 21. und 22. August a. c. stattfinden.

Vorträge, deren Dauer laut der Geschäftsordnung die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Mittheilung des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber den angeborenen Hirnbruch.

Von

Dr. Arnold Schmitz.

St. Petersburg.

Vortrag, gehalten im Deutschen ärztlichen Verein im November 1897.

Im Januar 1887 hatte ich Gelegenheit, im Verein St. Petersburger Aerzte zwei Kinder mit congenitalem Hirnbruch vorzuzeigen. Beide Kinderchen standen im zartesten Lebensalter, waren bei ihrer Vorführung 8 Wochen, resp. 6 Monate alt, — beide hatten bei ihrer Geburt einen kolossalen hirnhaltigen Sack am Hinterhaupt mit sich zur Welt gebracht. Das eine dieser Kinder, und zwar das jüngere von ihnen, war bereits im Beginne seiner dritten Lebenswoche durch blutige Abtragung von seinem Beutel befreit worden, — bei seiner Demonstration, sechs Wochen post operat., war alles heil und das Kindchen genesen. Das zweite trug noch seinen Beutel und stand vor der Operation.

Eine Veröffentlichung war damals geplant und auch schon vorbereitet worden, und zwar sollte das in einem allgemeinen Hospitalbericht erfolgen. Doch leider unterblieb dieses, und damit wurden auch meine Fälle begraben, obgleich der eine von ihnen ein besseres Schicksal verdient hätte; denn abgesehen von einem nicht ganz klaren, in Folge eines diagnostischen Irrthums operirten Fall von Richoux aus dem Jahre 1851, war bis dahin keine einzige gelungene Ablation einer hirnhaltigen Cephalocele in der Literatur bekannt geworden[1]). Wo Genesung nach Abtragung des Sackes eingetreten war, da hat es sich stets um eine einfache Meningocele gehandelt, niemals um gleichzeitige Entfernung einer Hirnpartie.

Eine ganz kurze Erwähnung hat übrigens mein Fall doch gefunden in der 1889 in zweiter Auflage erschienenen Monographie v. Bergmann's «Ueber die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten». Ich hatte nämlich Gelegenheit, v. Bergmann bei seiner damaligen Anwesenheit hier in St. Petersburg das Kindchen bald nach seiner Operation zu zeigen und sein grosses Interesse zu erwecken. Und auf Grundlage dieses meines Falles sowie eines bald darauf von ihm selbst operirten und günstig verlaufenen redet er nunmehr in erwähnter Abhandlung das Wort einem mehr activen Vorgehen bei dieser bis dahin für unheilbar gehaltenen Missbildung.

Ich möchte nun heute Ihnen, meine Herren, meine Erfahrungen über das in Rede stehende Leiden, insbesondere über die Zulässigkeit und die Art seiner operativen Behandlung vorlegen.

Sehr gross ist mein Material ja freilich nicht, es umfasst nicht mehr als 17 Fälle von congenitalem Hirnbruch. Doch in Anbetracht der grossen Seltenheit dieser Missbildung sind 17 Fälle, in einer Hand vereinigt, immerhin nicht zu verachten. Sie sind im Verlauf von 25 Jahren auf meiner ehemaligen chirurgischen Abtheilung zur Beobachtung gekommen und verhalten sich zu der Gesammt-Krankenzahl der Abtheilung (8303 Behandelte) wie 1 : 488, — oder, wenn wir die Krankenzahl des ganzen Hospitals in der Höhe von 38517 in Rechnung ziehen, wie 1 : 2265.

[1]) Der Flothmann'sche Fall (siehe «der Frauenarzt» 1887 Nr. 4 und ff.) war zur Zeit meines Vortrages noch nicht publicirt worden, hat jedoch, da er bereits 1885 zur Operation kam, das unbestreitbare Recht der Priorität.

Massgebend sind diese Zahlen sicher nicht, weisen aber immerhin auf eine grosse Seltenheit des Leidens hin. Viel werthvoller müssten die Angaben der Entbindungsanstalten sein, auf wie viel Geburten ein Hirnbruch kommt. Von solchen statistischen Daten liegen aus der Literatur nur zwei mir vor, von welchen das eine ein Verhältniss von 1:5000 angiebt (Vines), das andere von 3 auf 12900 (Trélat).

Zunächst möchte ich Ihnen einiges über die verschiedenen Formen der congenit. Hirnbrüche sagen auf die Gefahr hin, vielen von Ihnen recht gut Bekanntes zu berühren. Doch liegen ja diese Sachen den Nichtspecialisten so fern, dass es nicht Wunder nehmen kann, wenn so manchem auch die aus der Studienzeit herrührenden Kenntnisse in dieser Materie schon etwas getrübt sein mögen.

Wenn wir die Acranie, welche in einem ausgedehnten, zuweilen sogar das ganze Schädeldach umfassenden Knochendefect besteht, dabei mit schweren Abnormitäten in der Lagerung und oft auch im Bau des Gehirnes verbunden ist und die Lebensfähigkeit ihres Trägers absolut oder doch auf die Dauer ausschliesst, — wenn wir diese hochgradige Missbildung ausser Bereich unserer Besprechung lassen, weil des praktischen Interesses ermangelnd, so unterscheidet man seit Spring, dessen eingehende Abhandlung über diesen Gegenstand im Jahre 1854 erschien, allgemein zwei Hauptformen der angeborenen Hirnbrüche: Die Meningocele und die Encephalocele. Letztere ist ihrerseits wieder entweder eine Cenencephalocele oder eine Hydrencephalocele.

Bei allen diesen Formen ist zunächst ein Defect in den Schädelknochen erforderlich, der, mehr weniger gross und fast immer in der Mittellinie oder doch hart neben ihr liegend, meist am Hinterkopf oder aber, etwas seltener, am vorderen Schädelende in der Gegend der Nasenwurzel sitzt und die Bruchpforte abgiebt. Hiernach werden die Brüche occipitale oder sincipitale genannt. Ich zähle unter meinen 17 Fällen 10 occipitale und 7 sincipitale, und dieses Verhältniss dürfte so ziemlich den Literaturangaben entsprechen. Sehr selten sind die an anderen Theilen des Schädels vorkommenden Brüche, die sagittalen, lateralen und basalen, — ich habe keinen einzigen derartigen gesehen.

Die occipitalen Defecte haben ihre Lage am häufigsten unterhalb der Protuberantia, oder sie betreffen die Protuberantia selbst, oder die Gegend über ihr, zuweilen auch stehen sie in directem Zusammenhang mit dem Foramen occip. magnum. Es ist diese Lage des Defectes von Bedeutung, weil aus ihr sich ein Schluss auf den Inhalt des Bruches ziehen lässt, indem dieser, wenn der Defect unterhalb der Protuberantia und somit auch unterhalb des Tentorium liegt, aus Kleinhirn besteht, — wenn oberhalb, aus Grosshirn, — wenn auf der Protuberantia, aus Klein- und Grosshirn bestehen kann, natürlich vorausgesetzt, dass er überhaupt Hirnsubstanz enthält und nicht etwa eine einfache Meningocele ist. In dreien meiner occipitalen Fälle habe ich ausser dem Schädeldefect gleichzeitig eine Spaltung des Bogens des Atlas beobachten können; doch prolabirte hier nichts, die Lücke war durch eine ziemlich straffe Membran ausgefüllt.

Der sincipitale Defect sitzt entweder auf dem Stirnbein hart oberhalb der Nasenbeine, die dabei etwas auseinander gedrängt sein können, hernia naso-frontalis; oder er betrifft das Siebbein und das eine oder auch beide Nasenbeine, hernia naso-ethmoidalis; oder endlich die Knochenlücke findet sich zwischen Sieb-, Stirn- und Thränenbein, so dass der Bruch in die Orbitalhöhle hineinragt, hernia naso-orbitalis. — Unter meinen 7 einschlägigen Fällen waren 3 frontale und 3 ethmoidale Formen; der siebente war ein Mittelding zwischen hernia naso-ethmoid. und naso-orbitalis, doch da er nicht zur Section kam, so liess sich das nicht so präcisiren. Die orbitale Form soll überhaupt sehr selten vorkommen.

So viel über die anatomische Lage der Hirnbrüche.

Ein zweites Postulat ist der Bruchsack. Bei kleinen Brüchen, namentlich den sincipitalen, kann dieser in seiner äusseren Schicht aus normaler Haut bestehen. Ist das der Fall, so fehlt ein differentiell-diagnostisches Merkmal zwischen Hirnbrüchen und extracraniellen Tumoren; denn letztere sind stets von relativ normaler Haut bedeckt, wenn diese auch bei starker Spannung mehr weniger atrophirt sein mag. Ist der Bruch ein grösserer, wie wir namentlich am Hinterkopfe in der Mehrzahl der Fälle sehen, so habe ich stets folgendes Bild gefunden: auf dem basalen Theil der Geschwulst ist die Haut von normalem Aussehen und normaler Dicke, mit Haaren besetzt, verschiebbar auf ihrer Unterlage; je weiter sie aber auf die Geschwulst sich vorschiebt, um so dünner wird sie, verliert ihr subcutanes Fett und nimmt eine röthliche Färbung an. Schliesslich geht sie entweder ohne scharfe Grenzen in eine ganz dünne, fast durchscheinende, dabei meist stark vascularisirte, stellweise auch exulcerirte Membran über; oder sie behält zwar das Aussehen der äusseren Haut, zeigt aber an einer oder auch an mehreren Stellen ziemlich scharfrandige Defecte, die von einer dünnen, bläulichen, wenig vascularisirten Membran ausgefüllt sind.

Bis vor Kurzem wurde dieser transparente Theil der Bedeckung eines Hirnbruches für die Dura mater gehalten, welche den Defect der äusseren Haut ersetzen sollte. Doch neuere Untersuchungen, und zwar die des Paduensers Muscatello haben uns eines anderen belehrt. Nach ihm «bildet die harte Hirnhaut niemals eine geschlossene Hülle des Tumors, sondern verschmilzt am Rande der Knochenlücke mit dem Pericranium und verliert sich bald in der Cystenwand», zeigt also auch ihrerseits einen Defect. Die bläulich durchscheinende, äusserst dünne Membran, die bisher für Dura gehalten wurde, ist die verdickte Arachnoidea, die nach innen zu nicht selten mit der Pia verschmolzen, nach aussen stellweise von einer ganz dünnen Epidermislage der äusseren Haut überzogen sein kann und zuweilen weissliche Narben vorweist als Zeichen stattgehabter und wieder verheilter intrauteriner Berstung (oder amniotischer Verwachsungen?). Es wiederholen sich also hier dieselben Verhältnisse, wie sie von Recklinghausen und Hildebrand für die Rückenmarksbrüche schon früher nachgewiesen worden sind.

Wir kommen nun zum dritten integrirenden Bestandtheil des Hirnbruches, zu seinem Inhalt. Dieser kann entweder nur aus Liqu. cerebro-spinalis bestehen, — wir haben dann eine reine Meningocele vor uns, übrigens eine Bruchform, die viel seltener vorkommt als gemeiniglich angenommen wird, — darin sind alle neueren Autoren einig. Der Sitz der Flüssigkeitsansammlung ist aller Wahrscheinlichkeit nach in der Arachnoidea zu suchen, die durch den Defect in der Dura vorgewölbt wird. — Unter meinen 17 Hirnbrüchen habe ich 5 mal eine Meningocele verzeichnet, 2 mal am Vorder- und 3 mal am Hinterkopfe. Ausserdem habe ich aber mehrmals eine Combination von Meningocele mit Encephalocele beobachtet, so zwar, dass nach Eröffnung des äusseren Sackes und Ablassen der in ihm enthaltenen Flüssigkeit ein zweiter fluctuirender Sack sich präsentirte, der seinerseits wiederum bei der Punction Liquor cerebro-spinalis als Inhalt ergab. Hier enthielt also der äussere Sack im subarachnoidealen Raum angesammelte Flüssigkeit und der innere Sack Ventricularflüssigkeit.

Häufiger als diese Form kommt der Vorfall von Hirnsubstanz zur Beobachtung, die Encephalocele. Nach der bisherigen Anschauung kann hier der Bruchinhalt aus



einem soliden Hirnzapfen bestehen, es ist das die auf Heineke's Vorschlag mit der nicht ganz glücklich gewählten Bezeichnung «Cenencephalocele» belegte Form. Oder es beherbergt der vorgefallene Hirntheil in seinem Inneren eine mit Wasser gefüllte und mit einem der Hirnventrikel communicirende Höhle, — es ist das die Hydrencephalocele, wohl der am häufigsten vorkommende Hirnbruch. Solcher Fälle zähle ich unter den meinigen 10, und zwar 3 am Vorder- und 7 am Hinterkopfe. 2 mal glaube ich eine sincipitale Cenencephalocele vor mir gehabt zu haben, doch nicht in reiner Form, sondern complicirt mit Meningocele; sicher bin ich aber meiner Sache nicht, da die Diagnose nur klinisch gestellt werden konnte, zur Section kam es nicht.

Was ich soeben über den Bruchinhalt gesagt habe, giebt die bisherigen Anschauungen darüber wieder. Ihnen ist nun in neuerer Zeit der schon genannte Muscatello entgegengetreten in einer sehr eingehenden Abhandlung aus dem Jahre 1894, verfasst unter den Auspicien Recklinghausen's, (Lang. Archiv 47) also eines Forschers, der viel über diesen Gegenstand gearbeitet hat. Muscatello leugnet überhaupt ganz das Vorkommen einer reinen Cenencephalocele und behauptet, dass jeder hirnhaltige Bruch eine Hydrencephalocele ist, d. h. eine mit einem Ventrikularraum in directer Verbindung stehende Höhle hat, wenn auch diese zur Zeit vielleicht leer ist, keine Flüssigkeit enthält, und nur in Form eines feinen Kanals sich darstellt. Er will, abgesehen von der partiellen Acranie, die er Exencephalie nennt und die weiter kein praktisches Interesse hat, nur zwei Arten von Hirnbrüchen unterscheiden, eine Meningocele und die Encephalocystocele, und schlägt letztere Benennung deshalb vor, weil eben nach seiner Ansicht jeder hirnhaltige Bruch stets einen kleineren oder grösseren cystischen Hohlraum enthalten soll. Muscatello gründet seine Ansicht auf das Untersuchungsergebniss von acht Präparaten, — zwei derselben hat er von Lebenden durch die glücklich gelungene Ablation gewonnen, die übrigen sechs waren Spirituspräparate aus Sammlungen. Das scheint mir etwas wenig zu sein, und es lässt sich schon denken, dass er vielleicht zufälliger Weise nur echte Hydrencephalocelen in die Finger bekommen hat, die ja, wie schon bemerkt, die häufigste Form der Hirnbrüche sind. Und um so eher lässt sich das annehmen, als in sieben von seinen acht Fällen es sich um occipitale Formen gehandelt hat, also um Brüche, die fast immer Hydrencephalocelen (oder doch Meningocelen) sind, und sein achter Fall war eine grosse sagittale Hydrencephalocele. Sincipitale Formen haben ihm kein einziges Mal vorgelegen, und doch sollen gerade diese eher als alle anderen Formen Cenencephalocelen sein.

Die sonst in der Literatur sich findenden Fälle macht er kurz ab, indem er sie als nur klinisch diagnosticirt oder als anatomisch oberflächlich untersucht bezeichnet.

Prüfe ich nun hierauf hin mein Material, so muss ich gestehen, dass es vielmehr die Muscatello'sche Ansicht bestätigt als widerlegt. Denn nach Abzug von 5 Meningocelen, über welche übrigens ich auch nur von einem Fall, der zur Section kam, mit Sicherheit sagen kann, dass es sich in der That um eine Meningocele gehandelt hat, während die übrigen vier nur klinisch oder durch die Autopsia in vivo, d. h. bei der Operation, diagnosticirt worden sind, mithin immerhin einigen Zweifel an der Diagnose zulassen müssen, — nach Abzug dieser 5 Fälle bleiben mir 10 sichere Hydrencephalocelen und nur 2 zweifelhafte Cenencephalocelen, — zweifelhaft, weil der eine Fall nur klinisch diagnosticirt war und nicht einmal zur Operation kam der andere wohl operirt wurde, aber genas. Durch die, anatomische Untersuchung an der Leiche sind also beide nicht als richtige Cenencephalocelen erhärtet worden.

Obgleich mein Material eher für als gegen Muscatello spricht, möchte ich doch nicht so leicht das Vorkommen der Cenencephalocelen abstreiten. Lässt sich nicht vielleicht ein nur gradueller Unterschied zwischen beiden Formen annehmen? Ich denke mir die Sache so: ist der Knochendefect, die Bruchpforte, relativ klein, — hat die ihr, in Folge Fehlens der Dura an dieser Stelle, direct anliegende Hirnschicht die normale Dicke, und ist der intracranielle Druck nicht abnorm erhöht, — so kommt es zum Vorfall von solider, noch diesseits des Ventrikels gelegener Hirnmasse, und wir haben dann eine höhlenlose Cenencephalocele vor uns. Ist dagegen die Bruchpforte weit, oder die ihr anliegende Hirnschicht durch Ventrikelhydrops in ihrer Dicke stark reducirt und somit der Ventrikel selbst der Bruchpforte sehr genähert, zugleich in Folge desselben Hydrops der intracerebrale Druck sehr erhöht, — so werden die die Ventrikelwand direct bildenden Theile vorfallen und mit ihnen ein mehr weniger grosser Theil des Ventrikels selbst. Dann haben wir eine Hydrencephalocele vor uns.

Es muss einleuchten, dass diese verschiedenen Verhältnisse des Bruchinhalts von wesentlicher Bedeutung sind für die Prognose eines operativen Eingriffes; denn es kann nicht gleichgiltig sein, ob ich dabei einen Hirnventrikel eröffne oder nicht. Tritt nach Abtragung eines soliden, nicht mit dem Ventrikelraum communicirenden Hirnvorfalls trotz aller Asepsis doch Eiterung ein, so braucht diese gerade nicht weiterzugehen, sie kann oberflächlich bleiben, allmälig versiegen und die definitive Vernarbung zulassen. Tritt aber Eiterung der Wunde bei offenem Hirnventrikel ein, so ist ihrer Propagation in die Tiefe Thür und Thor geöffnet und damit das Todesurtheil des Patienten unterschrieben.

Bevor ich auf die Frage der Zulässigkeit einer Operation eingehe, will ich die verschiedenen Eingriffe etwas besprechen, welche zur Beseitigung der Hirnbrüche vorgeschlagen und ausgeführt worden sind.

Da ist denn zuerst die Compression zu nennen, die in früheren, vorantiseptischen Zeiten zwar recht häufig, jedoch nie mit bleibendem Erfolg geübt worden ist. Auch ich habe mich ein Mal ihrer bedient und zwar bei einer doppelseitigen Meningocele naso-ethmoidalis von 3 und 4 cm. Durchmesser an einem 1-jähr. Knaben. Es gelang mir in der That, durch einen passend angelegten Verband in wenigen Tagen die Geschwulst fast ganz zum Schwinden zu bringen. Doch das war genügend die Mutter zu veranlassen, hocherfreut das Kind fortzunehmen und jegliche Operation zu refüsiren. Und als sie nach geraumer Zeit, ich glaube nach Monaten — das Kind mir wieder vorstellte, war der Bruch so kolossal geworden und das Kindchen in einem derartigen Zustande, dass jetzt ich die Operation verweigerte.

Nicht viel Besseres wird man von der Punction erwarten können, die natürlich nur bei flüssigkeitshaltenden Brüchen ausgeübt werden kann. Eine neuerliche Ansammlung von Liqu. cerebro-spin. dürfte danach kaum ausbleiben. Bei uns ist sie nur in einem Fall angewandt worden und zwar von Dr. v. Wahl (es ist der einzige meiner Fälle, der noch aus seiner Zeit herstammt 1871).

Es handelte sich um einen bereits 5-jährigen, gut entwickelten Knaben mit einem colossalen 17 cm. langen und 13 cm. breiten Beutel am Hinterkopfe, der für eine Meningocele gehalten wurde. Einige Tage vor der Aufnahme ins Hospital hatte es angefangen aus dem Sacke zu sickern. Dieser wurde nun öfters punctirt und in 9 Malen gegen 2 Liter Flüssigkeit aus ihm entleert. Eine damit verbundene Jodinjection, wobei um den Stiel des Beutels eine Klammer angelegt worden war, ging das erste Mal ohne stärkere Reaction vorüber; nach der zweiten aber, ohne Klammer ausgeführten, trat eitrige Meningitis und Tod ein. Die Section ergab sehr enge Communication des Bruches mit dem vierten Ventrikel.

3 mal habe ich die Ligatur um den Sack angelegt. In meinem ersten so behandelten Falle aus dem Jahre 1878 handelte es sich um eine kleinapfelgrosse, gut gestielte occipitale Meningocele an einem 2 monatlichen Knaben von recht schlechtem Ernährungszustande. Nach peinlichster Reinigung der Haut wurde um den Stiel eine elastische Ligatur geknüpft, darauf durch Punction der wasserklare Inhalt entleert und in Anbetracht der angestrebten Nekrose des Sackes ein gut schliessender antiseptischer Verband angelegt. Da jedoch der Sack sich nichtsdestoweniger wieder füllte, wurde in den nächsten Tagen die Punction wiederholt und die Ligatur fester angezogen. Bis auf bald vorübergehende Unruhe des Kindes, die wohl lediglich Schmerzäusserung war, wurde der Eingriff durchaus gut vertragen. es trat weder Fieber ein noch zeigten sich irgend welche cerebralen Symptome. Am 18. Tage fiel der necrotische Sack ab und hinterliess eine etwa 20 Kop. grosse gut granulirende Wundfläche. Diese war bei der auf dringenden Wunsch der Mutter erfolgten Entlassung des Kindes 3½ Wochen p. op. zwar noch nicht ganz vernarbt, jedoch bereits so klein und von so vortrefflichem Aussehen, dass an einer Verheilung in kürzester Frist nicht mehr zu zweifeln war. Das Körpergewicht des Kindchens hatte in dieser Zeit, trotz Verlustes des immerhin ein Gewicht repräsentirenden Tumors, um 1100 Grm. zugenommen. Spätere Nachrichten fehlen.

Nicht so gut ging es mit den beiden anderen Fällen, in denen es sich aber auch nicht um eine Meningocele, sondern um eine Hydrencephalocele frontalis, resp. occipitalis handelte. Beim ersten Kindchen, einem erst 3-tägigen Knaben, war bereits Spontanperforation eingetreten vor der Ligatur. Die ersten drei Tage nach Anlegung der Schlinge verliefen reactionslos, dann aber trat im unmittelbaren Anschluss an einen Verbandwechsel Meningitis und nach weiteren drei Tagen exitus ein.

Im 2. Fall trug das 6-wöchentliche Mädchen einen hühnereigrossen Beutel am Hinterhaupt, in dessen Tiefe ein kleiner, leicht reponibler Hirnvorfall sich durchfühlen liess. In der Hoffnung, durch langsames Anziehen der Ligatur den Prolaps in die Schädelhöhle zurückzudrängen, legte ich nun die elastische Schlinge um die ziemlich breite Geschwulstbasis an. In den ersten 2 Wochen waren wohl zeitweilig leichte Gesichtszuckungen, auch Erbrechen, ferner auffallender Speichelfluss, und hie und da subfebrile Temperatur (bis 37,9°) zu bemerken, doch war der sonstige Zustand des Kindchens recht leidlich. Nach 13 Tagen war der Sack ganz mumificirt; doch da der Stiel noch recht dick war, liess ich mich leider dazu verführen, hinter der ersten Ligatur eine zweite anzulegen, sie recht fest anzuziehen und den necrotischen Sack abzutragen. Offenbar hatte ich hierdurch mortificirte Gewebstheile in die Schädelhöhle hineingepresst, denn jetzt stieg die Temperatur, wenn auch langsam, höher. Und als ich nach weiteren 11 Tagen, um freien Abfluss zu schaffen, den noch nicht durchschnittenen Rest des Stiels sammt den Ligaturen mit einem Scheerenschlag abtrug, trat unmittelbar darauf eine manifeste Meningitis und vier Tage später der Tod ein. Bei der Section erwies sich, dass keine Hirnsubstanz von den Ligaturen gefasst worden war.

Indem ich den ungünstigen Ausgang dieser beiden Fälle mir selbst zur Last legen möchte, muss ich sagen, dass die Ligatur keinen schlechten Eindruck auf mich gemacht hat und ich keinen Anstand nehmen würde, in geeigneten Fällen sie nochmals anzuwenden. Doch darf das nur bei Meningocelen geschehen, ferner nur bei dünngestielten Tumoren; die Asepsis muss dabei auf's peinlichste gehandhabt, der sehr accurat anzulegende Verband so selten als irgend thunlich gelüftet werden, und Arzt und Eltern müssen viel Geduld haben.

Ich komme jetzt zu der am häufigsten von mir ausgeübten Methode, zu der blutigen Abtragung des Bruches. Sie habe ich 9 Mal ausgeführt, (zum ersten Male im Jahre 1877) und zwar 2 Mal bei Meningocelen (1 sincip., 1 occip.), 6 Mal bei Hydrencephalocelen, (2 sincip., 4 occip.), und 1 Mal bei einer Meningo-cenencephalocele (sincip.). Diese letztere sowie 1 Meningocele und 2 Hydrencephalocelen wurden durch die Operation ausgeheilt, also 4 Genesene gegen 5 Todte. Der letale Ausgang trat nur 1 Mal in den ersten 24 St. p. op., 2 Mal nach 5, 1 Mal nach 9 und 1 Mal erst nach 16 Tagen ein, nachdem bei diesem Falle die Wunde bei durchaus gutem Allgemeinzustand fast vernarbt war, in unmittelbarem Anschluss an den Ersatz des bis dahin gebrauchten Trockenverbandes durch eine feuchte Borcompresse.

Mit den Krankengeschichten aller dieser Fälle werde ich Sie verschonen, eine aber möchte ich Ihnen doch wiedergeben, weil diese so recht zeigt, was in späterer Zeit aus einem sogenannt genesenen Kinde wird.

Mädchen von 4 Monaten, hat bei seiner Geburt eine kirschgrosse Geschwulst auf der Nase gehabt, die am zweiten Lebenstage abgetragen worden ist. Die vernähte Wunde soll rasch verheilt sein, doch hat sich allmählich eine neue Geschwulst gebildet.

Stat. präs.: Körpergewicht 6790,0, Länge 62 cm., Kopfumfang 43½ cm. Die grosse Fontanelle bedeutend grösser als normal, Sagittal- und oberer Theil der Frontal-Naht klaffen auf 1 cm. Auf der Glabella sitzt eine breitbasige Geschwulst, die nach unten bis zur knorpligen Nase reicht, seitlich die inneren Augenwinkel etwas nach aussen verdrängt. Längsdurchmesser des Tumors 5,5, Querdurchmesser 4,2 cm.; Höhe 3 cm. Die Oberfläche ist etwas höckrig, die Consistenz stellweise weich, stellweise ziemlich fest. Beim Schreien des Kindes tritt starke Spannung des Sackes ein, doch beim Druck zeigen sich keine Hirnsymptome. Ein Knochendefect ist nicht durchfühlbar. — Am nächsten Tage Ablation. Es werden aus der Basis zwei Hautlappen gebildet, dann der Bruchsackhals bis zur Knochenpforte freipräparirt, mit Catgut ligirt und der bis dahin uneröffnete Sack mit seinem ganzen Inhalt abgetragen; Vernähung. Der Knochendefect erweist sich sehr gross und hart oberhalb der Incisura ethmoidalis des Stirnbeins gelegen; im Bruchsack fand sich eine ziemlich grosse Hirnpartie, die in sich eine nach innen zu offene Höhle beherbergte.

Gleich nach der Operation stieg die Körpertemperatur, erreichte am 4. und 5. Tage 40,3 und 40,4° und fiel dann allmählich so, dass vom 12. Tage ab sie nicht mehr 38° erreichte; dabei blieb der Puls regelmässig, doch frequent und schwach. 5 Tage lang hielt heftiges Erbrechen an. Pupillen verengt. Keine Krämpfe. Nach 3 Wochen war die Wunde verheilt, das Kindchen wurde in relativ befriedigendem Zustande aus dem Hospital genommen. Die Messung des Kopfumfanges ergab dieselbe Ziffer wie beim Eintritt, 43½ cm.; die Durchmesser des Knochendefectes massen 2,5 und 2,3 cm.

Doch in welch' entsetzlichem Zustande wurde mir das Kindchen 7 Monate später wieder vorgestellt! Das jetzt genau 1 Jahr alte Mädchen trug einen riesigen Wasserkopf, dessen Umfang während dieser Zeit um 20 cm. gewachsen war, 63½ mass, also gegen 8 cm. mehr als der eines Durchschnitts — Erwachsenen (55 cm.) und etwa 18 cm. mehr, als er betragen sollte (45 cm.). Dabei weit klaffende Nähte und auf Glabella und Nase ein grosser schwappender Sack, also ein hochgradiges Recidiv des Bruches. Die oberen Extremitäten in Cubital- und Fingergelenken starr flectirt, die unteren starr extendirt. 6 Zähne an normaler Stelle. Temperatur 36,7°. Puls fadenförmig, nicht zu zählen. Fortwährendes schrilles Schreien. Keine klonischen Krämpfe.

Durch 2 malige Punction des Schädels neben der Sagittalnaht entleerte ich das erste Mal 170, das zweite 500 ccm. klaren Liqu. cerebro-spinalis und reducirte durch einen Compressivverband den Umfang um fast 4 cm. 2½ Wochen nach der Aufnahme trat der Tod ein. Bei der Section mass der Knochendefect 5 cm. im Durchmesser, bezog sich auf das Stirnbein und die auseinandergedrängten Nasenbeine. Die Grosshirnhemisphären waren durch massige Ansammlung von klarem Serum in zwei grosse Blasen verwandelt mit Wandungen von 3—5 mm. Dicke, die vorn mit der Hautnarbe verwachsen waren. Als Todesursache hat der Prosector verzeichnet Pneumonia catarrhalis.

Das also war das elende Endresultat der glänzend gelungenen Operation! und so auch wird das Endresultat bei dem Falle gewesen sein, welchen ich Bergmann präsentirte und damals im Verein St. Petersburger Aerzte vorzeigte; denn auch bei diesem liess sich einige Monate nach der Operation ein so bedeutender Hydrocephalus constatiren, — wenn auch hier ohne Recidiv der Cephalocele, — dass ich an seinem bald erfolgten Tode nicht im geringsten zweifele. — Von meinem dritten Genesungsfalle, in welchem es sich allem Anschein nach um eine Meningocele occipit. handelte, kenne ich den Endausgang nicht; doch lässt sich auf ihn daraus schliessen, dass bereits 1 Monat später der Kopfumfang um 6, der Spalt zwischen beiden Scheitelbeinen um 2 cm. zugenommen hatte, und zugleich war ein Recidiv im Gange. — Nur von meinem vierten Fall, der einen 2½ monatlichen Knaben mit haselnussgrosser Meningocenencephalocele naso-orbitalis betraf ohne sichtliche Zeichen von Wasserkopf, möchte ich definitive Genesung anneh-

men; denn nach Jahr und Tag habe ich ihn ohne Recidiv und ohne Hydrocephalus gesehen in recht befriedigendem Allgemeinzustande.

Darf ich nun auch diesen meinen Erfahrungen, die ja quoad operationem gewiss nicht gerade ungünstig zu nennen sind, jedoch ein keineswegs ermuthigendes Endresultat ergeben haben, ein so radicales Vorgehen wie die Ablation des Bruches befürworten?

Zur Beantwortung dieser Frage muss ich zunächst feststellen, was erfahrungsgemäss aus solchen Patienten wird, die sich selbst überlassen werden.

Die Prognose nichtoperirter Meningocelen sowohl als noch mehr sich selbst überlassener Hydrencephalocelen wird in allen Lehrbüchern für durchaus ungünstig gehalten, Fälle von spontaner Heilung sind bisher nicht bekannt geworden. Der Gang des Leidens ist stets der, dass der Sack durch Zunahme der in ihm enthaltenen Flüssigkeit mehr und mehr sich anspannt und schliesslich hierdurch oder auch durch ein zufälliges Trauma zum Bersten gebracht wird, worauf denn consecutive Hirnentzündung den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Dieser Ausgang soll bei den Hydrencephalocelen meist binnen wenigen Tagen oder Wochen, seltener erst nach einigen Monaten eintreten; doch sehen Sie, meine Herren, an dem von mir vorher angeführten Wahl'schen Fall, dass das auch ausnahmsweise sich weiter hinausschieben kann, dort 5 Jahre. Meningocelen - Träger sollen in einigen Fällen sogar das Jünglingsalter erreicht haben.

Etwas weniger ungünstig ist die Prognose nichtoperirter Cenencephalocelen, nämlich dann, wenn sie klein sind und klein bleiben; von Trägern solcher sind einzelne allerdings sehr seltene Beobachtungen bekannt, wo nicht allein ein höheres Alter erreicht wurde, sondern das auch ohne Schädigung der körperlichen und geistigen Entwickelung geschah.

Da also die Hydrencephalocelen eine allgemein anerkannt absolut ungünstige Prognose haben und die Meningocelen fast auf gleicher Stufe mit ihnen stehen, so ist bei beiden Formen jedes rationelle Heilverfahren, das auch nur die geringste Aussicht auf Lebenserhaltung ohne Schädigung wichtiger Hirnfunctionen giebt, zulässig und geboten.

Prüfen wir auf diese beiden Postulate hin das hier einzig in Betracht kommende Heilverfahren, die Abtragung des Sackes, sei es durch Ligatur, sei es durch das Messer.

Dass durch die Ablation das so sehr gefährdete Leben des kleinen Wesens erhalten werden kann, haben ebenso meine Ihnen mitgetheilten Fälle als auch eine Reihe im letzten Jahrzehnt in der Literatur veröffentlichter bewiesen. Der Procentsatz der Genesung ist freilich bisher noch nicht gar gross, weder bei mir, noch bei den anderen Operateuren, doch wird er, des bin ich sicher, von Jahr zu Jahr zunehmen. Doch auf wie lange kann das Leben hierdurch erhalten werden? Das ist in meinen Augen der Kernpunkt der Frage.

Meine eigenen Erfahrungen haben mir gezeigt, dass bei Hydrencephalocelen der bestehende Hydrocephalus auch nach der Operation stetig zunimmt, ja vielleicht durch sie geradezu beschleunigt wird, weil der bis dahin mögliche Abfluss in einen ausdehnbaren Sack aufgehoben worden ist. Und wenn ich auch bisher nicht die Zeit gefunden habe, darauf hin in der Literatur mich sehr genau umzusehen, — wo ich das gethan habe, da habe ich bei längerer Beobachtungsdauer auch stets die Notiz gefunden: zunehmender Hydrocephalus oder Tod an ihm nach kürzerer oder längerer Zeit. Ich warne deshalb vor jeglichem Optimismus in solchen Fällen. Man wird ja von den Eltern der Kinder oft geradezu zur Operation gedrängt, und das aus sehr natürlichen Gründen, denn dass solch ein, meist colossaler Sack nicht durch irgend welche innere Mittel oder Salben etc. schwinden kann, sieht selbst der Ungebildete ein, und schon aus kosmetischen Gründen verlangt er die Entfernung dieses verunzierenden Beutels. Da verheimliche man denn den Eltern nicht, dass auch im Falle des Gelingens der immerhin recht lebensgefährlichen Operation eine Erhaltung des Lebens ihres Kindchens für die Dauer mindestens recht fraglich ist.

Auch für die Meningocelen hat das Ebengesagte für mich seine volle Gültigkeit, wenn irgend welche Zeichen eines Hydrocephalus bestehen. Ich habe dann immer die Besorgniss, dass ausser der Meningocele auch noch eine Hydrencephalocele in der Tiefe sich verstecke, oder dass der Sack mit einem Ventrikel frei communicire. Fehlt dagegen der Hydrocephalus, so stellt sich die Prognose der Operation auch für eine dauernde Lebenserhaltung ungleich günstiger.

Am besten ist die Prognose der Cenencephalocele, vorausgesetzt, dass in der That eine solche und nicht etwa eine verkappte Hydrencephalocele vorliegt. Hier ist nicht allein die durch die Operation direct gesetzte Lebensgefahr geringer, wie ich das schon früher auseinandergesetzt habe, sondern es ist auch die Aussicht auf dauernde Lebenserhaltnng viel grösser, weil der Hydrocephalus meist, vielleicht sogar immer fehlt. Ich glaube, dass hier, wie für die differentielle Diagnose der verschiedenen Formen des Hirnbruchs, so auch für die Prognose von grosser Bedeutung der Umstand ist, ob die Geschwulst auf ihrer anfänglichen Grösse verharrt, oder doch nur sehr langsam wächst, oder ob ein rasches Wachsthum zu bemerken ist. In letzterem Fall muss ein Andrängen von innen aus, ein zunehmender intracerebraler Druck durch wachsenden Hydrocephalus angenommen werden, — es liegt also dann direct eine Hydrencephalocele vor, oder es bildet sich durch zunehmenden Prolaps sehr bald eine solche aus der ursprünglichen Cenencephalocele. Und damit wird dann auch die Prognose ohne Zweifel ungünstiger.

Als zweites Postulat der Zulässigkeit einer Abtragung des Hirnbruchs habe ich das Vermeiden der Schädigung wichtiger Hirnfunctionen aufgestellt. Es fragt sich also: was schneiden wir dabei vom Gehirn ab?

Ist der Bruch ein sincipitaler, so kommt der Lobus frontalis unter das Messer und zwar die mittlere Stirnwindung. Da diese Partie nicht zu den motorischen Theilen der Hirnrinde gehört, so ist der Ausfall einer motorischen Function nicht zu befürchten. Und wenn allgemein angenommen wird, dass das Stirnhirn als Sitz der höheren psychischen Functionen anzusehen ist, so ist doch darüber meines Wissens noch nichts Bestimmtes bekannt. Wenn ausgebreitete Krankheiten dieser Hirnpartie verlaufen können ohne irgend welche bemerkenswerthe Störungen, wie das ja feststeht, so haben wir wohl bis auf Weiteres das Recht, ein kleines Stück davon wegzunehmen, — und um ein solches handelt es sich ja nur. Meinen kleinen, bei der Operation seiner haselnussgrossen Meningocenencephalocele naso-orbitalis $2^1/_2$ Monate alten Patienten, dessen Wunde in 11 Tagen per primam heilte, habe ich bis weit in sein zweites Lebensjahr hinein beobachten können, und er schien bis dahin geistig vollkommen normal sich zu entwickeln. Dasselbe erzählt Bergmann von seinem Fall. Doch zur Zeit sind sowohl die Operation als auch die Operirten noch zu jung, als dass etwas Sicheres darüber gesagt werden könnte und erst die Zukunft wird uns lehren, ob irgend welche wesentliche psychische Defecte eintreten und damit der Operation die Existenzberechtigung entzogen werden muss.

Bei den occipitalen Brüchen besteht der Hirnprolaps meist aus Kleinhirn, seltener aus dem Occipitallappen

des Grosshirns. Vom Kleinhirn fallen wohl nur Partien der Hemisphären vor, und da bekanntermassen ausgedehnte Zerstörungen dieser symptomenlos verlaufen können, so lässt sich annehmen, dass auch die operative Entfernung von kleinen peripheren Theilen des Cerebellum keinen wesentlichen Schaden bringen dürften. Sollte doch einmal ausnahmsweise ein grosser Prolaps vorliegen, so dass eine Betheiligung des Wurms wahrscheinlich ist, so wird man sich wohl hüten, alles das wegzuschneiden. Es handelt sich ja dann auch vielmehr um eine Exencephalie als um eine Encephalocele.

Wie viel von einem vorgefallenen Occipitallappen ungestraft sich entfernen lässt, ist schwer zu sagen. Eigene Erfahrungen darin fehlen mir. Bergmann meint allerdings, dass auch hier einer Abtragung der vorliegenden Theile nichts im Wege stehen dürfte. Ich möchte indessen an die durch klinische und experimentelle Untersuchungen der letzten Jahre festgestellte Thatsache erinnern, dass das Occipitalhirn das corticale Centrum für die Gesichtsempfindungen enthält und dass hier aller Wahrscheinlichkeit nach die Endigung der Opticusfasern in der Hirnrinde stattfindet. Ob und in welchem Grade die hierbei betheiligten Hirnpartien und ebenso diejenigen, deren Veränderungen die sogenannte Seelenblindheit zuweilen herbeiführen, an einem Hirnvorfall participiren können, unterliegt der Frage. Jedenfalls wird man besser thun, auch hier die Abtragung auf kleine Prolapse zu beschränken.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1270 Sitzung am 15 December 1897.

1. Herr Westphalen hält einen Vortrag über «Anämia gravis». Im allgemeinen lassen sich 3 Gruppen der sog. Anämia gravis s. perniciosa aufstellen, denen allen muthmasslich die Bildung toxischer Substanzen im Verdauungskanal zu Grunde liegen dürfte.

1) Eine vorwiegend intestinale Form ohne Anwesenheit von Darmparasiten.
2) Eine gastrische Form.
3) Eine intestinale Form, bewirkt durch das Vorhandensein von Anchylostoma duodenale oder Botriocephalus latus.

Bezüglich der ersten Form muss hervorgehoben werden, dass schon Wiltschur wegen der grossen Aehnlichkeit des hämota-histologischen und klinischen Bildes der sog. Anämia perniciosa mit gewissen Vergiftungsfällen durch hämatolytische Gifte (Toluqlendiamin, Morchelgift, Pyrogallussäure etc.) den Gedanken ausgesprochen hat, dass ein jeder Fall solcher Anämie durch die Resorption eines Blutkörperzerstörenden Giftes entstehe, eines Giftes, welches voraussichtlich, da die meisten Fälle von Anämia gravis mit Darmstörungen einhergehen, im Darm gebildet werde. Für diese Ansicht sprechen auch manche klinische Beobachtungen und die Mittheilungen von Faber, Sandoz und namentlich Dieballa (Heilungsfall einer schweren Anämia gravis, nach fruchtlosen therapeutischen Versuchen mit Chinin, Eisen, Arsen, Knochenmark etc., durch consequente Verabreichung von Salol). Auch Referent verfügt über einen einschlägigen Fall von Anämia perniciosa s. gravis (Fall II der Mittheilung Kernig's in Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 28), welcher mit hartnäckigen Diarrhöen einherging und in relativ kurzer Zeit völlig genas bei einem ausschliesslich gegen das Darmleiden gerichteten Regime (Vegetabilische Kost. Karlsbad. Salol).

Die 2. Gruppe umfasst die Fälle gastrischer Provenienz. Schon seit lange ist es bekannt, dass gewisse Fälle von Achylia gastrica unter dem Bilde einer perniciösen Anämie verlaufen. Hierzu giebt es verschiedene Erklärungen. Die ältere, von Fenwick, Nothnagel u. A. vertretene, sieht in der Anämie den Ausdruck einer schweren Ernährungsstörung des Organismus infolge Abwesenheit der Magensekrete.

Augenscheinlich dürfte diese Ansicht irrig sein, da erfahrungsgemäss eine schwere Ernährungsstörung bei der Achylia erst dann eintritt, wenn auch die Motilität des Magens eine Schädigung erfahren hat. Solange dieses Ereigniss nicht eingetreten ist, verläuft die Achylia gastrica ohne jegliche Störung der Ernährung. Hunter hält die Anämie für das Primäre und die Achylie für secundär. Demgegenüber muss jedoch daran festgehalten werden, dass die Magenstörung dem Ausbruche der Anämie zeitlich vorangeht. Martius nimmt, gestützt auf einige eigene Beobachtungsfälle, sowie auf die Mittheilungen von Ewald, Eisenlohr, Sasaki u. A. an, dass bei der Achylia gastrica erst dann eine Anämie eintritt, wenn sich die Atrophie der Magenmucosa mit einer gleichnamigen Erkrankung der Darmschleimhaut combinirt, indem wegen aufgehobener oder doch wenigstens schwer geschädigter Darmresorption eine Ernährungsstörung sich heranbildet, welche sich als Anämie äussert. — Referent glaubt auch dieser Ansicht widersprechen zu müssen mit Hinweis darauf, dass unter solchen Verhältnissen eher eine Kachexie als eine Anämie zu erwarten wäre. Noch vor Kurzem hat er einen letal verlaufenen, durch Obduction sicher gestellten Fall von Amyloid der Leber, der Nieren, der Milz, des Magens und Darmes beobachtet, bei welchem die Untersuchung eine völlige Abwesenheit der Magensekrete und eine fast völlig aufgehobene Darmresorption (in den Faeces fanden sich Fetttropfen und Fettsäurenadeln in grosser Menge, Amylumkörner, enorm viel Muskelfasern) ergab, und welcher unter dem Bilde einer schweren Kachexie, keineswegs aber einer Anämie verlief.

Infolgedessen erscheint es Ref. auch glaubwürdiger, wenn Pepper und Stengel die Anämia gravis im Verlaufe der Achylia gastrica auf die Resorption eines hämatolytischen Giftes vom Magen aus zurückführen, welches bei fehlender Salzsäureabscheidung sich in dem Magen bildet. Für eine solche Ansicht würden auch ferner sprechen die Beobachtungen von Kopfschmerzen gastrischen Ursprunges, Fiebern, Exantheme etc., welche auf die Resorption toxischer Produkte aus dem Mageninnern bei Abwesenheit von HCl bezogen werden müssen.

Die 3. Gruppe der Anämia perniciosa umfasst diejenigen Fälle, welche durch die Anwesenheit eines Anchylostoma duodenale oder eines Botriocephalus latus im Darm bewirkt werden und mit Entfernung der Parasiten völlig ausheilen. Bezüglich der Entstehungsweise der sog. B.-anämie müssen gleichfalls verschiedene Erklärungsversuche erwähnt werden. Reyher glaubte zunächst, dass der Parasit seinem Wirth das zur Ernährung nothwendige Material entzöge und dadurch zur Anämie führe. Botkin glaubte an eine von dem Botriocephalus ausgehende reflektorische Hemmungswirkung der blutbildenden Apparate. Es liegt auf der Hand, dass keine der beiden Ansichten unserer modernen Auffassung entsprechen kann. Infolgedessen nimmt Wiltschuran, gestützt auf den häufigen Befund abgestorbener oder pathologisch veränderter Botriocephalen bei der Anämia perniciosa, sowie ferner auf den Befund von Parasiteneiern in den Faeces, ohne dass der Parasit selbst entleert würde, was einzig und allein durch das Abgestorbensein und Resorbirtsein des Botriocephalus erklärt werden kann, dass die Anämie nur durch die Resorption toxischer Produkte abgestorbener oder pathologisch veränderter Botriocephalen entstehen könne. Diese Erklärung dürfte im allgemeinen zutreffen, jedoch kommen auch zahlreiche sog. Botriocephalusanämien vor, welche durch das Vorhandensein eines oder mehrerer (Askanaszy zählte in einem Falle 67) normaler, oft noch sehr junger Exemplare bedingt werden.

Demnach scheint es, dass die Anämia gravis nicht allein durch die Resorption toxischer Stoffe von abgestorbenen oder pathologisch veränderten Botriocephalen entsteht, sondern auch durch die Resorption biologischer Stoffwechselprodukte eines oder mehrerer normaler Exemplare erklärt werden kann.

Dass das Gleiche auch für die Anchylostomaanämie zutrifft, ist nach den Untersuchungen von Lusanna und Arslan sehr wahrscheinlich. Infolgedessen hat Ref. in Gemeinschaft mit Dr. K. v. Bunge eine Anzahl intravenöser und subcutaner Injections- und Fütterungsversuche an Kaninchen mit Botriocephalusextract angestellt. Zu diesem Zwecke wurden normale und pathologisch veränderte Parasiten. auch ein solcher, welcher einem Fall von Botriocephalusanämie abgetrieben war, in alkalisch gemachtem sterilisirtem Wasser 12 Stunden im Thermostaten gehalten, dann durch Chamberlain'sche Thon-Kerzen filtrirt. Das sicher bacterienfreie Filtrat wurde zu den Versuchen benutzt. Die Resultate waren völlig negativ, weil möglicherweise das Kaninchen gegenüber dem supponirten Botriocephalusgifte immun sein konnte.

Discussion.

Herr Kernig macht schon seit längerer Zeit keinen Unterschied zwischen der Anämia gravis und perniciosa. Auch er sieht in der sog. perniciösen Anämie mehr einen Symptomencomplex als eine selbstständige Krankheit, und zwar einen Complex von Symptomen, welche nur durch die Anwesenheit eines hämatolytischen Giftes im Körper erklärt werden kann. Von der Botriocephalenanämie, welche sich in nichts von der Biermer'schen perniciösen Anämie unterscheidet, wissen wir, dass dieselbe durch den Botriocephalus bedingt wird, für andere Fälle müssen wir die Ursache in einer Giftwirkung suchen, welche augenscheinlich eine gastrointestinale Provenienz zeigt, sich bessern lässt und häufig recidivirt, während im Gegensatz hierzu die Botriocephalusanämie nicht recidivirt, weil sie eben durch den Botriocephalus bedingt ist und mit Vertreibung der Ursache völlig ausheilt. Aus diesen Gründen muss sich auch Herr Kernig, selbst gegen die meisten Lehrbücher wenden, welche, wenn auch theilweise, die sog.

perniciöse Anämie als eine essentielle Anämie, eine selbstständige Krankheit darstellen. Eine Form der sog. perniciösen Anämie, welche auch schon von Biermer aufgestellt, lässt sich allerdings nicht in den erwähnten allgemeinen Rahmen einfügen. Es ist dieses diejenige Form, welche nach schweren Blutverlusten sich entwickeln soll und augenscheinlich, wenigstens bei uns zu Lande, sehr selten ist, vielleicht gar nicht einmal vorkommt.

Demgegenüber erwähnt

Herr Magawly, dass er vor Jahren einen solchen, mit Retinalblutungen verlaufenden, nach grösseren Blutungen entstandenen Fall von Anämia gravis aus der Praxis des Dr. v. Grünewald gesehen habe.

Herr Fremmert erinnert daran, dass auch bei Anchylostoma duodenale Blutungen in den Darm erfolgen, die schwinden, sobald der Parasit entfernt werde.

Herr Assmuth erinnert daran, dass der verstorbene Prosektor des Obuchow-Hospitals Albrecht schon vor der Veröffentlichung der bekannten Arbeit von Reyher und Runeberg über die Botriocephalusanämie bei den Sectionen auf den Zusammenhang der perniciösen Anämie mit Botriocephalus lat. hingewiesen hätte.

Herr Lunin weist auf eine gleichfalls recht seltene Form der Anämie hin, welche als Anämia splenica bezeichnet wird und nur bei Kindern vorkommt, möglicherweise in Beziehung zur Rhachitis steht und bei Eisentherapie gut ausheilt.

Herr Westphalen glaubt, dass eine jede Anämie gewissermassen nur ein Symptom irgend einer Krankheit darstellt, und dass sich die 3 Hauptgruppen der Anämien: die Anämia gravis s. perniciosa, die symptomatische Anämie und die Anämie bei der Chlorose als Folgen verschiedener Ursachen recht gut auch klinisch auseinanderhalten lassen, wenngleich Uebergänge ohne Frage zugestanden werden müssen. So charakterisirt sich die sog. symptomatische Anämie durch die gleichmässige Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins, bei der Chlorose erscheinen die Erytrocyten relativ hämoglobinärmer, während bei der sog perniciösen Anämie neben der starken Verminderung der rothen Blutzellen die starke Formveränderung derselben neben dem Auftreten von Gigantocyten dominirt.

2. Herr Hörschelmann referirt über einen Fall von Variola vera, bei welchem durch Ichthyolanwendung das Suppurationsstadium vermieden werden konnte.

Krankengeschichte: Kind von 1 Jahr 3 Mon., ungeimpft, erkrankte, nachdem der Vater des Kindes Anfang November a. c. von Variolois befallen wurde, am 26. Nov. an hohem Fieber, allgemeiner Unruhe. Am 27. Nov. eklamptischer Anfall, welchem am 29. Nov. noch mehrere solcher Anfälle folgten. An diesem Tage Temperatur 40°. Variolaexanthem über dem ganzen Körper verbreitet. Einzelne Pusteln confluirend und eiterig. Ordination von 20% Ichthyolcollodium. Darnach eklatanter Erfolg. Temperaturabfall und Einsinken und Eintrocknen der Pusteln, ohne dass es zu weiterer Suppuration gekommen wäre.

Discussion.

Herr Anders erinnert daran, dass bei Variola Ichthyol vielfach empfohlen worden ist, ohne dass sich dasselbe als specifisches Mittel eingebürgert hätte und auch wohl kaum im Stande sein dürfte, eine Eiterung hintanzuhalten. Er wäre eher geneigt, den günstigen Verlauf des referirten Falles weniger dem Ichthyol zuzuschreiben, als in demselben den Ausdruck einer geringgradigen Infection zu sehen.

Herr Fremmert hat gleichfalls das Ichthyol bei Variola angewandt, ohne irgend welchen wesentlich günstigen Einfluss desselben auf den Verlauf der Krankheit zu beobachten.

Herr Koch weist darauf hin, dass oft auch ohne jede Localtherapie bei Variola blos einige wenige Pusteln vereitern, die meisten jedoch daneben eintrocknen.

Herr Tiling macht darauf aufmerksam, dass das Collodium, namentlich das Collodium elasticum, früher sehr oft in der Therapie der Variola verwandt worden ist.

Herr Hörschelmann betont in seiner Erwiderung, dass schon mehrere Pusteln in Suppuration vor Anwendung des Ichthyolcollodiums übergegangen waren und schon mehrfach Confluenz der Pusteln constatirt werden konnte, und dass nach Anwendung der Therapie eine wesentliche Besserung in jeglicher Hinsicht erfolgte und er infolgedessen besagte Therapie warm empfehlen würde.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. H. Westphalen.

Nachtrag bei der Protokollverlesung.

Herr Hörschelmann giebt zu Protokoll:

Bezüglich der günstigen Erfolge der Ichthyoltherapie bei Variola findet sich im Wratsch eine Mittheilung von Kolbassenko. In derselben wird mit Zugrundelegung von 27 Fällen aus der Privat- und Hospitalpraxis das Ichthyol als 10% Salbe warm empfohlen. Sehr günstig soll dasselbe auf die Eruption der Pusteln und namentlich auch im Sinne einer Hintanhaltung des Suppurationsstadiums wirken, es fehle infolgedessen auch bei einer solchen Behandlung jedes Suppurationsfieber. Speciell spräche für die lokale Wirksamkeit des Ichthyols ein Fall besagter Mittheilung, bei welchem das Mittel nur im Gesicht angewandt wurde, und auch nur hier der günstige Effekt beobachtet werden konnte. Ferner habe es den Anschein, als ob durch die Ichthyoltherapie das Eintrocknungsstadium abgekürzt werde, da dieses durchschnittlich 15—16 Tage dauert, in den Fällen Kolbassenko's in 9—12 Tagen beendet war.

Herr Moritz. Augenscheinlich dürfte es sich bei der Suppuration der Pockenpusteln um eine Aeusserung einer Mischinfektion mit Eiterkokken handeln. Den günstigen Erfahrungen zufolge, welche bei der Behandlung des Erysipels mit Ichthyol beobachtet werden, wäre es denkbar, dass das Ichthyol auch bei der Variola speciell die Eitererreger vernichtet und dadurch der Suppuration der Pusteln vorbeugt.

Demgegenüber weisen

die Herrn Anders und Kernig darauf hin, dass es keineswegs erwiesen sei, dass die Vereiterung des Pockenpustelinhalts thatsächlich auf einer Secundärinfection beruhe, der Umstand, dass eine jede Variola mit Suppuration der Pusteln verläuft, mithin die Suppuration zum klinischen Bilde der Variolaerkrankung gehört, eher dafür spricht, dass das noch unbekannte Pockenvirus auch an der Trübung des Pockeninhalts die Schuld trägt. — Schon aus diesem Grunde wäre

Herr Anders abgeneigt, im Ichthyol ein specifisches Mittel gegen die Variola zu sehen. Der ganze Verlauf des referirten Krankheitsfalles könne sich auch als eine von vorne herein milde Infektion erklären, wie man solche Fälle innerhalb einer Pockenepedimie gar nicht so selten zu beobachten Gelegenheit hat.

Herr de la Croix wäre in Uebereinstimmung mit Herrn Moritz wohl geneigt, die Vereiterung der Pockenpusteln auf eine Mischinfection speciell mit Eiterkokken zurückzuführen. — Seine Untersuchungen an Rotzkranken hätten ihn darüber belehrt, dass eine Vereiterung der Malleusknoten nur durch die gleichzeitige Anwesenheit von Mikrokokken bedingt war. Solche Kokken können in jedem lebenden Organismus circuliren, da sich aus dem Pericardialsack eben Verstorbener einige Stunden nach dem Tode Mikroben isoliren lassen. Dagegen weist Herr Kernig darauf hin, dass das Blut des lebenden und gesunden Menschen stets steril sei und der Nachweis von Eiterkokken im lebenden und circulirenden Blute immer den Beweis einer parasitären Erkrankung abgebe. — In gleichem Sinne sprechen sich auch die

Herrn v. Petersen und Westphalen aus; ersterer weist darauf hin, dass selbst bei Fällen von Sepsis es nur sehr schwer gelinge, aus dem kreisenden Blute Mikroben zu gewinnen. Letzterer erinnert daran, dass Eiterung nicht allein durch Spaltpilze, sondern auch durch sterile, aber chemisch differente Substanzen bedingt werden kann.

Herr Moritz. Wenn auch zugegeben werden muss, dass Eiterung durch verschiedene Stoffe erzielt werden kann, so sei es doch a priori wahrscheinlich, dass bei einer so ausgedehnten Oberflächenerkrankung, wie bei der Variola, sehr leicht eine Infection von aussen erfolgen könnte und in der Beseitigung oder Hintanhaltung gerade dieser Infection der günstige Einfluss der Ichthyolbehandlung bei der Variola zu finden wäre.

Herr Hörschelmann sieht gleichfalls im Ichthyol durchaus kein specifisches Mittel gegen Variola, jedoch ein Mittel, welches vollkommen unschädlich ist, welches das Suppurationsstadium verhindert, die Krankheit abkürzt und mithin ein werthvolles Hülfsmittel bei der Behandlung der Pockenkrankheit vorstellt.

Aus zweien der Kolbassenko'schen Fälle könnte man doch aber vielleicht auf eine specifische Wirkung des Ichthyols auf den Pockenprocess schliessen; in diesen trat nämlich wie in den andern allen die günstige Wirkung des Ichthyol präcise hervor, dabei entwickelte sich aber bei der Ichthyolbehandlung eine starke Furunculosis: Während also das Ichthyol den Inhalt der Pockenpusteln wesentlich beeinflusste, konnte es die Entstehung einer Furunculosis nicht verhindern.

Vermischtes.

— Der Director des St. Petersburger weiblichen medicinischen Instituts und Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, wirkl. Staatsrath Dr. v. Anrep ist auf eigenes Ersuchen seiner Stellung als Präsident des Curatoriums des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna enthoben worden, mit Belassung in den erst-

genannten beiden Aemtern. Zu seinem Nachfolger bei dem klinischen Institut ist der Director dieses Instituts, Geheimrath Dr. Sklifassowski ernannt worden, unter Belassung in dem Amte des Directors.

— Der ausserordentliche Professor der Histologie und Embryologie an der Warschauer Universität, Dr. Kolossow, ist zum ordentlichen Professor für die genannten Fächer ernannt worden.

— Der langjährige Präsident der Hauptverwaltung der Gesellschaft des russischen «Rothen Kreuzes, General Adjutant von Kaufmann, ist wegen zerrütteter Gesundheit von dieser Stellung zurückgetreten. An seine Stelle ist das Reichsrathmitglied, General-Adjutant Admiral Kraemer gewählt und von Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna im Amte des Präsidenten bestätigt worden.

— Dem Secretär der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, Dr. Wold. Hubert, ist eine besondere Ehre zu Theil geworden. Als er nämlich in der vorigen Woche in der militär-medicinischen Academie seine Dissertation behufs Erlangung des Doctorgrades vertheidigen sollte, erklärten die officiellen Opponenten, in Anbetracht des wissenschaftlichen Werthes der vorliegenden Dissertation auf jeden Einwand verzichten zu können. Es wurde ihm darauf hin die medicinische Doctorwürde zuerkannt:

— Verstorben: 1) Am 10. Mai in St. Petersburg Dr. Peter Lamanow plötzlich im 40. Lebensjahre. Der Verstorbene liess sich nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie als praktischer Arzt in Ochta nieder, wo er sich sehr bald eine grosse Clientel erwarb. 2) Am 15. Mai in Reval nach langem, schwerem Leiden der Ordinator an den Anstalten des estländischen Collegiums der allgemeinen Fürsorge, Dr. Ludwig Karstens, im 57. Lebensjahre. Aus Estland gebürtig, widmete sich K. von 1860—66 dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität und wurde nach Beendigung seiner Studien Ordinator an der obengenannten Anstalt. 3) Am 27. April in Manglis (Gouv. Tiflis) einer der ältesten kaukasischen Arzte, der wirkliche Staatsrath Dr. Adolph Schüssler im Alter von 68 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in Charkow erhalten, und begann seinen Dienst 1852 als Militärarzt im Kaukasus, in welcher Stellung er an vielen Feldzügen theilnahm, zuletzt als Oberarzt des Militärhospitals in Suchum während des letzten türkisch-russischen Krieges. Seit 1892 lebte er verabschiedet in Manglis. 4) Am 13. Mai in Bjelzy der freiprakticirende Arzt Wlad. Goräjew, welcher seit 1865 die Praxis dort ausübte und zu den populärsten Aerzten Bessarabiens gehörte.

— Der Abtheilungschef der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Germanow, ist zum Chef des Mobilisationswesens dieser Medicinalverwaltung und der Beamte zu besonderen Aufträgen VI. Classe der genannten Verwaltung, Staatsrath Dr. Okintschiz, ist zum Abtheilungschef dieser Verwaltung ernannt worden.

— Wie die «Moskausche (russische) Zeitung» erfährt, soll mit der Organisation der neu zu errichtenden medicinischen Facultät in Odessa der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der Kiewer Universität, Dr. W. Podwyssozki, betraut und derselbe auch zum Decan der neuen medicinischen Facultät ernannt werden.

— Der älteste der amerikanischen Freiwilligen, welche in den Krieg gegen die Spanier ziehen, ist ein Arzt aus Lewiston, Dr. Garcelon, der gegenwärtig 86 Jahre zählt. Schon vor 37 Jahren hat er seinem Vaterlande Dienste im Kriege geleistet. (Med. Record. — Wr.).

— Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin hat in ihrer Sitzung am 14. Mai zweien Berliner Aerzten das Wahlrecht entzogen: einem Oberstabsarzt und Kreisphysikus a. D., der mit einem Abführmittel vermischte Bonbons hergestellt, und solche in marktschreierischer Weise unter Anpreisung nicht bestehender Wirkungen u. a. auch in der eigenen Sprechstunde abgesetzt hat, sowie einem anderen Berliner Arzte wegen einer des ärztlichen Standes unwürdigen fortgesetzten Reclame. (A. m. C.-Ztg.)

— Wie die «Estl. Gouv.-Ztg.» mittheilt, ist dem Kirchspielsarzte Dr. Jürgens die Eröffnung einer Landapotheke in der Nähe der Kirche von St. Michaelis (im Hapsalschen Kreise) gestattet worden.

— In Wladiwostok ist von der Gesellschaft der Aerzte des Ussuri-Gebiets eine Impfstation nach Pasteur zur Heilung von Tollwuth eingerichtet worden. Es ist damit einem dringenden Bedürfniss abgeholfen, da bisher die dort häufig vorkommenden Kranken dieser Art zur Behandlung nach Japan geschickt werden mussten. Die Verwaltung der Ussuri-Bahn hat, der «Russ. Tel.-Ag.» zufolge, 1000 Rbl. zu diesem Zweck beigesteuert.

— Das bischöfliche Ordinariat in Augsburg hat neuerdings nachstehende bemerkenswerthe Verfügung betreffs der Ausübung der Heilkunde durch Geistliche erlassen: «Unliebsame Wahrnehmungen der jüngsten Zeit machen es uns zur Pflicht, unserem Diöcösenclerus aufs Strengste einzuschärfen, die kirchlichen Vorschriften über Ausübung der Heilkunde durch Geistliche gewissenhaft zu beobachten und überhaupt alles zu unterlassen, was das so wünschenswerthe gute Einvernehmen mit dem hochachtbaren Stande der Aerzte irgend wie trüben könnte».

(Berl. Aerzte-Corresp.)

— Das Blindencuratorium der Kaiserin Maria, welches am 14. Mai seine Jahres-Versammlung abhielt, zählte nach dem Rechenschaftsbericht pro 1897 zum 1. Januar d. J. 5760 Mitglieder. Im verflossenen Jahre wurden 33 sogen. fliegende Oculisten-Abtheilungen ins Innere des Reiches gesandt, von welchen 53,828 Augenkranken ärztliche Hülfe geleistet wurde und 16,029 Augenoperationen ausgeführt wurden. In der hiesigen Alexander-Marien-Blindenschule wurden 122 blinde Kinder und in den 22 Gouvernements-Blindenschulen 533 blinde Kinder unterrichtet. Die Ausgaben des Curatoriums betrugen über 400,000 Rbl., welche grösstentheils durch freiwillige Spenden beschafft wurden.

— Das St. Petersburger Stadtamt beansprucht von der Duma eine Erhöhung des für den Bau des neuen Kinderhospitals angewiesenen Credits von 100.000 Rbl. um weitere 50,000 Rbl. (Her.)

— Wie in St. Petersburg und in Kiew, so sind auch in Moskau die städtischen Krankenhäuser noch unzureichend, denn dem «Russki Listok» zufolge, musste im verflossenen Jahre in den Moskauer städtischen Hospithälern 21,563 Kranken wegen Platzmangels die Aufnahme verweigert werden.

— Der deutsche Congress für innere Medicin wird im nächsten Jahre ausnahmsweise in Carlsbad (Böhmen) abgehalten werden. Nach einem Beschluss des letzten Congresses bleibt Wiesbaden auch in Zukunft der eigentliche Sitz der Congresse.

— Der III. Allamerikanische Aerzte-Congress wird im nächsten Jahre in der Weihnachtswoche in der Hauptstadt der Republik Venezuela, Caracas stattfinden. Präsident des Organisationscomités ist Dr. José Manuel de los Rios.

— Vom Medicinalrath wird, in Folge der seitens des Publicums einlaufenden Beschwerden über die nachlässige Anfertigung künstlicher Gebisse und falscher Zähne, sowie die Verwendung minderwerthigen Materials zu diesem Zweck seitens der Zahnärzte und Dentisten, zur allgemeinen Kenntniss gebracht, dass die Zahnärzte und Dentisten gesetzlich verpflichtet sind, bei der Anfertigung der genannten Gegenstände Gold nicht unter der 72-er und Silber nicht unter der 84-er Probe zu verwenden, von allen anderen Metallen und Compositionen aber nur völlig unschädliche, die vom Medicinalrath gestattet sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Mai, d. J. 7772 (87 wen. als in d. Vorw.), darunter 680 Typhus — (40 wen.), 743 Syphilis — (13 mehr), 160 Scharlach — (4 mehr) 139 Diphtherie — (2 wen.), 65 Masern — (7 mehr), und 43 Pockenkranke — (8 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10 bis zum 16. Mai 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
363	264	627	124	69	94	20	14	20	57	56	56	42	37	29	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 23, Scharlach 12, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 2, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 70, Todtgeborene 17.



ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 

Curort Teplitz-Schönau

in Böhmen.

seit Jahrhunderten bekannte und berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen (23—37° R.) **Kurgebrauch ununterbrochen während des ganzen Jahres.**

Hervorragend durch seine **unübertroffene Wirkung** gegen **Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien** und andere **Nervenkrankheiten;** von glänzendem **Erfolge** bei **Nachkrankheiten** aus **Schuss- und Hiebwunden,** nach **Knochenbrüchen,** bei **Gelenksteifigkeiten** und **Verkrümmungen.**

Alle Auskünfte ertheilt und **Wohnungsbestellungen** besorgt das

(37) 3—3 städt. Badeinspectorat in Tepliz-Schönau in Böhmen.

RÖNTGEN-APPARATE

vorzüglichster Wirkung

fertigt als Specialität

VOLTOHM

Elektricität-Gesellschaft A.-G.

München (Deutschland).

Anerkennungen hervorragender Autoritäten.
Prospecte und Preise kostenfrei.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt in Bad Kissingen.

Aeltestes klinisch geleitetes Institut Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

Dr. Freiherr von Sohlern.

Practicire vom 1. Mai ab wieder in
FRANZENSBAD
(Balneotherapie in Combination mit Behandlung nach Thure-Brandt)
(62) 3—3. **Dr. P. Profanter.**

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

SCHUTZ-MARKE

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordn et.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versand der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Furbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(67) 10—4.

Dr. E. von Koziczkowsky, Specialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke pract. von April bis October in
(52) 6—3. **Bad Kissingen, Ludwigstrasse 17.**

Dr. von Heinleth's
Chirurgisch-gynäcologische
PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).
Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem Garten gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten **Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur** chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für **Kehlkopfleiden. Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik aufs vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — **Prospecte auf Wunsch.** (40) 16—9.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

PASTILLES VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer
L'EAU ALCALINE GAZEUSE

Bad Oeynhausen i/Westfalen.
Dr. Georg Kann
Badearzt u. Specialarzt f. Orthopädie u. Massage spec. compensatorische Uebungstherapie. Auf Wunsch Pension im Hause.

BAD-NEUENAHR
Dr. Wilh. Niessen

Vom 1. Juni ab prakt. ich wieder in
Bad Reinerz,
Sanitätsrath **Dr. Secchi.**
San Remo, Mai 1898.

Довв. ценз. Спб. 23 Мая 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, 30. Mai (11. Juni) 1898

Methylenblau in seiner Wirkung bei nervösem Kopfschmerz und Hemicranie.

Von

Erwin Thomson.

(Vortrag, gehalten in d. Dorpat. med. Gesellsch. am 18. März 1898).

Das Methylenblau oder salzsaure Tetramethyl-Thionin ist im Verlaufe der letzten Jahre vielfach in der Therapie zur Anwendung gekommen. Ich übergehe den Gebrauch desselben und seine mehr oder minder günstige Wirkung bei allen schweren acuten und chronischen Neuralgien, seine Verwerthung als Specificum und Ersatzmittel für Chinin bei Malariabehandlung, bei acutem Gelenk- und Muskelrheumatismus, bei Abdominaltyphus, in der Therapie der Nasen- und Ohrenerkrankungen, um mich der Wirkung des Mittels auf einem speciellen Gebiete, dem des nervösen resp. habituellen Kopfschmerzes und der Hemicranie (Migraene) zuzuwenden, ein Gebiet auf dem häufig alle Mittel absolut versagen. — Zuerst wiesen Ehrlich und Leppmann (Deutsch. medicin. Wochenschr. 1890, № 23) auf die günstige Wirkung des Methylenblau bei neuritischen Processen und rheumatischen Affectionen hin und beobachteten gleichzeitig zwei Fälle von angiospastischer Migräne, wo Methylenblau mit Erfolg angewandt wurde. Immerwahr (Deutsche med. Wochenschr. 1891, № 41) berichtet von 3 Fällen von angiospastischer Migräne, wo in ziemlich nachhaltiger Weise Methylenblau in 1—2 Stunden schmerzstillend wirkte. Ferner berichtet er von mehreren Fällen von rein nervösem Kopfschmerz, so wie Alkoholdepression, wo eine einmalige Gabe von Methylenblau 0,1 zur Heilung genügte.

Lewy (Berl. klin. Wochenschrift 1896, № 45) sah in 4 Fällen von habituellem Kopfschmerz denselben nach einmaliger Gabe von Methylenblau 0,1 schwinden, während nach Gebrauch von 10 Capseln zu 0,1 (4 Mal täglich 0,1) eine Dauerwirkung eingetreten sei, und zwar seien die Heilungen 4 Jahre, 9 Monate und 1½ Jahre alt.

Das eben Angeführte veranlasste mich in einigen Fällen von habituellem Kopfschmerz und Migräne Methylenblau anzuwenden und folgende Krankengeschichten sind geeignet, die Wirkung des Mittels bei den so quälenden Zuständen zu illustriren.

1) Frau L. 37. a. n. Hat als Kind Masern, mit 20 Jahren Abdominaltyphus gehabt; hat 5 Mal normale Geburten und Wochenbetten durchgemacht. Pat. ist kräftig gebaut, die Muskulatur ist schlaff, die Hautdecken blass, der Gesichtsausdruck müde, die Haare leicht ergraut. Kein Organleiden. Seit einigen Monaten ist bei der Pat. ständiger Kopfschmerz aufgetreten, der über den ganzen Kopf ausgebreitet ist. Etwa alle Monat, jedoch unabhängig von der Menstruation, treten die Kopfschmerzen in Form eines Anfalls auf, von Stunde zu Stunde stärker werdend, bis durch eintretendes Erbrechen Erleichterung erfolgt. Am 9. und 10. Februar nimmt Pat. je 2 Capseln Methylenblau 0,1, schon nach den zwei ersten Capseln schwindet der Kopfschmerz, dagegen soll eine «morphiumartige Wirkung» aufgetreten sein; dieselbe schwindet beim Weitergebrauch. Da nach Verlauf von 10 Tagen wieder leichter Kopfschmerz auftritt, bittet Pat. um Wiederholung des Mittels. Verordnet wird jetzt, Methylenblau 6 Tage lang 0,1 Abends eine Capsel zu nehmen. Pat. ist seither frei von Kopfschmerz.

2) Frau von N. 33. a. n. Hat als Kind Masern, Scharlach und Keuchhusten gehabt; darauf vielfach an geschwollenen Drüsen und an Darmstörungen unter Fiebererscheinungen gelitten. Im Jahr 1885 wohnte Pat., in einer von Sümpfen umgebenen Gegend. Sie erkrankte daselbst unter starkem Fieber mit acutem bedeutendem Milztumor, welch letzterer unter Arsenik und nachheriger Chininbehandlung verschwindet; doch blieb die Milz von dann ab wenig über die Norm vergrössert. 1888 übersteht Pat. eine schwere Endo- und Parametritis, die zur völligen Ausheilung gebracht wird. — 1895 acquirirt Pat. im Süden einen Abdominaltyphus. — Pat. bewegt sich viel im Freien und macht einen durchaus gesunden Eindruck. Auffallend ist der starke Haarwuchs.

Schon seit einigen Jahren leidet Pat. fast an ständigem Kopfschmerz, verbunden mit neuralgischen Schmerzen im Gebiet der N. occipitales und der Cervicalnerven. Diese Schmerzen steigern sich durchschnittlich alle Monat, unabhängig von der Periode, zu heftigen Anfällen, welch letztere nach überstandenem Typhus stärker geworden sind. — Die Anfälle dauern 24 Stunden und treten hauptsächlich auf, wenn Pat. gezwungen ist von der gewöhnlichen Lebensweise abzuweichen). Nur absolute Ruhe, Dunkelheit und gewärmte Tücher, die um den Kopf geschlungen werden, bringen etwas Linderung. Die angewandten Antineuralgica lassen im Stich. — Vom

Herbst 97 ab verstärken sich die Anfälle; während derselben treten Benommenheit, Hallucinationen und leichte Sprachstörungen ein. Die Anfälle sind meist von Uebelkeit begleitet, oft kommt es zum Erbrechen; genossen wird während des ganzen Anfalles nichts. —

Am 17. Januar 1898 nachdem Pat. alle Tage an Kopfschmerzen oder benommenem Kopfe gelitten, treten die Vorsymptome eines der besprochenen Anfälle auf. Pat. gelangt erst zwei Stunden nach Beginn der heftigen Schmerzen nach Hause, nimmt eine Capsel Methylenblau 0,1 und fühlt sich 10 Minuten nach Einnahme vollständig frei von Kopfschmerz, ja jedes Gefühl von Benommenheit ist sogar gewichen. Unangenehme Nebenwirkungen treten nicht auf. —

Bis zum 9. Februar, also 22 Tage lang, fühlt sich Pat. vollkommen frei von Kopfschmerz; Am 9. Februar treten leichte Schmerzen auf. Sie nimmt im Laufe des Tages 2 Capseln Methylenblau 0,1. Die Schmerzen vergehen. Am andern Morgen steht Pat. sehr früh auf, macht eine Land- und Eisenbahnfahrt, worauf die Schmerzen wieder auftreten. Abermals 2 Capseln zu 0,1 beseitigen wiederum die Schmerzen. Am Abend gelangt Pat. sehr spät zur Ruhe, und ist seit der Einnahme der dritten Capsel von sehr starkem Harndrang gequält. — Am andern Morgen um 7 Uhr erwacht Pat. unter heftigem Kopfschmerz; sie nimmt wieder eine Capsel Methylenblau 0,1 und schläft darauf ein. Nach zwei Stunden erwacht sie unter starker Uebelkeit. Es kommt zum Erbrechen dunkelblauer Massen, der Kopfschmerz dagegen ist völlig geschwunden.

Am 24. Februar, d. h. nach weiteren 15 Tagen, kommt es wieder zu einem Anfall. Zwei Capseln Methylenblau 0,1 in einem Abstand von 4 Stunden genommen, bleiben wirkungslos; dagegen tritt ein solcher Widerwille gegen das Medicament ein, dass der weitere Gebrauch verweigert wird. Der Anfall dauert wie ehedem 24 Stunden, ist jedoch nicht sehr quälend. — Wir sehen also in dem Fall, dass das anfangs so prompt wirkende Mittel, beim dritten Mal versagt.

3) Fräulein N. D. 29. a. n. Lehrerin, von schwächlichem Körperbau, schlechtem Ernährungszustand, gelblich grauer Gesichtsfarbe, anaemischen Schleimhäuten; ohne ein nachweisbares organisches Leiden. — Pat. hat mit 2 Jahren Masern, mit 4 J. — Windpocken, mit 8 J. — Abdominaltyphus, mit 9 J. — «Gehirnentzündung», mit 14 J. — Gelenkrheumatismus mit 15 und 18 J. — Diphtheritis durchgemacht. — Die Menses begannen bei ihr mit dem 15. Jahre, waren stets regelmässig, doch ist die Blutung in den letzten Jahren stärker geworden. — Seit 3 oder 4 Jahren tritt während der Periode unerträglicher Kopfschmerz auf, ein Schmerz der, nach der Patientin eigenen Worten, «nur durch einen Theelöffel voll Phenacetin wenig gemildert wurde».

Mit schwindender Menstruation schwindet auch die Stärke des Kopfschmerzes um einem Kopfdruck Platz zu machen, an dem Patientin ständig leidet. —

Vom 12. Febr. 98 ab, gleichzeitig mit eintretender Menstruation, nimmt Pat. Methylenblau 0,1 3 Mal täglich 1 Capsel, 3 Tage lang; die Blutung ist geringer als gewöhnlich. Die Kopfschmerzen bleiben aus. Pat. fühlt sich seither wohl; der Kopfdruck ist geschwunden.

4) Frau D. 37, a. n. kräftig gebaute, gesund aussehende Frau. Hat als Kind Scharlach gehabt; leidet seit einigen Jahren an einer Retroflexio uteri adhaesiva infolge von gonorrhoischer Parametritis. Sie hat sechs Mal geboren. Geburten und Wochenbetten verliefen normal.

Von Kind auf leidet sie an, wechselnd rechts- und linksseitiger, Hemicranie (Migraene), die besonders nach anstrengender Thätigkeit, nach Aufregung, ständig aber zur Zeit der Menstruation auftritt. Pat. hat gegen das, sie unsagbar quälende, Leiden vielfach Hülfe gesucht. Alle angewandten Mittel erwiesen sich als wirkungslos. (Gebraucht waren: Phenacetin, Antipyrin, Antifebrin, Salipyrin, Chinin, Natr. salicylic., Migraenin, Coffein, Brompräparate). Auf Ueberredung entschliesst sie sich Methylenblau zu versuchen, zweifelt aber völlig am eventuellen Erfolge.

Am 17. Febr. 98 tritt bei ihr die Periode ein. Am Morgen desselben Tages stellt sich überaus heftiger rechtsseitiger Kopfschmerz, unter Mitbetheiligung des rechten Auges ein. Anfangs entschliesst sie sich nicht Methylenblau zu nehmen, als aber nach zweistündigem Schlafe die Schmerzen noch stärker werden nimmt sie um 3 Uhr 1 Capsel Methylenblau 0.1 — um ¹/₂4 Uhr fühlt sie sich völlig frei von Kopfschmerz und ist den Nachmittag über arbeitsfähig, oder wie sie sagt «ich fühlte mich gesunder als am Tage vorher». Nebenerscheinungen, ausser Grünfärbung des Urins traten nicht auf.

5) Seit einer Reihe von Jahren leide ich selbst, in Folge einer traumatischen Augenerkrankung an rechtseitiger Hemicranie unter starker Mitbetheiligung des rechten Auges. Zwei Anfälle habe ich durch einmalige Dosis Methylenblau 0,1 noch 2 Stunden nach dem Auftreten der Schmerzen völlig unterdrücken können. Die Anfälle haben sich seit Wochen nicht wiederholt, während sie früher alle 14 Tage auftraten. Als unangenehme Nebenwirkung des Methylenblau trat bei mir häufiger Harndrang auf, der aber nach einem Tage schwand. —

Anführen möchte ich noch einen Fall, wo ich bei einem 43 Jahre alten neurasthenischen Herrn, bei acuter Ischias drei Tage lang 3 Mal täglich Methylenblau 0,1 angewandt habe. Eine Verminderung der Schmerzen war nicht zu constatiren, dagegen schwand der Kopfdruck an dem Pat. seit Monaten, vielleicht Jahren gelitten hatte, vollkommen. Die Ischias nahm in der Folge einen sehr leichten Verlauf.

Die an wenigen Fällen gemachten Erfahrungen ermuthigen meiner Ansicht nach wohl dazu das Methylenblau in allen Fällen von nervösem Kopfschmerz, Migräne und verwandten Zuständen zu versuchen. Wenden wir uns zu den üblen Nebenwirkungen, welche bei Darreichung des Mittels, in den angeführten Fällen zu constatiren waren.

Der Urin färbt sich dunkelgrün und zwar beginnt diese Färbung schon 15 Minuten nach Einnahme des Mittels um 4—5 Tage nach eingestelltem Gebrauch völlig zu schwinden. Während des Gebrauchs macht sich ein unangenehmer Geruch des Urins bemerkbar. — Eine Pat. (Fall 1) glaubte nach Einnahme von 2 Capseln Methylenblau 0,1 eine «morphiumartige Wirkung» constatiren zu können. Beim Weitergebrauch des Mittels schwand diese Wirkung. Dieselbe Pat. verträgt auch andere Antineuralgica schlecht.

Einmal (Fall 2) trat nach Gebrauch von 3 Capseln starker Harndrang auf, — wie das vielfach in der Literatur über Methylenblau erwähnt ist — um mit Einstellung des Gebrauchs zu schwinden. — In demselben Fall stellte sich nach Gebrauch von 5 Capseln Erbrechen ein, wie solches bei Ehrlich und Leppmann (Deut. med. Wochenschr. 1890, № 23) nur bei einem blutarmen Herzkranken und einem Pat. mit acutem Magencatarrh beobachtet worden ist. In dem von mir angeführten Falle handelt es sich um plötzliche Aenderung der Lebensweise, indem die sonst sehr regelmässig lebende Patientin zwei Nächte nacheinander nicht genügend zur Ruhe kam und ausserdem die Capsel mit Methylenblau auf nüchternen Magen, am Morgen um 7 Uhr, nahm. Das Erbrechen trat nach 2 Stunden auf. Die Kopfschmerzen waren dagegen geschwunden. — Bei derselben Pat. trat späterhin eine unüberwindliche Abneigung gegen das Mittel auf.

Soweit der Urin in all den Fällen hat untersucht werden können, zeigte er nie abnorme Bestandtheile. Desgleichen war eine Nebenwirkung auf's Herz nie zu constatiren; überhaupt scheint die Giftwirkung des Methylenblau auf den menschlichen Organismus eine überaus geringe zu sein, da Ehrlich und Leppmann das Mittel subcutan zu 0,02—0,08, Cardamitis (Deutsch. med. Wochenschr. 1898) dasselbe, bei innerlichen Tagesdosen bis zu 0,75, wochenlang, bei über 200 Pat. angewandt hat, ohne dass einer von ihnen einen beängstigenden Zwischenfall erlebt hat.

Verordnet habe ich das Methylenblau in der von B. Lewy vorgeschlagenen Form.

Methylenblau (Merck),
Nuc. moschatae aa 0,1.
D. ad. caps. gelatinos.

Die beigefügte Muscatnuss soll den durch Methylenblau auftretenden Blasenreiz aufheben (Immerwahr). Schlecht gereinigtes Methylenblau enthält Chlorzink (Immerwahr) und Arsen (Kobert), aus welchem Grunde ein chemisch garantirt reines Präparat zu wählen ist.

Ohne daraus einen Rückschluss auf die Wirkungsweise des Methylenblau im Organismus ziehen zu wol-



len, möchte ich zum Schluss auf die interessanten Thierversuche von Combemale und Francois (Ref. d. Ther. Monatsh Bd. IV, S. 456) hinweisen. — Nach Darreichung von Methylenblau fanden sie beim Hunde Blaufärbung sämmtlicher Organe, mit Ausnahme von Leber und Niere. Die grauen Centren des Gehirns waren blau, während die weissen Fasern und peripheren Nerven keine Veränderung zeigten.

Zur Therapie der Conjunctivitis phlyktaenulosa (scrophulosa).

Von
Drd. med. G. Reusner, Lemsal-Livland.

Bei einer Betrachtung der jetzt herrschenden Ansichten über die Conjunct. phlykt. wäre zunächst hervorzuheben, dass man wohl ziemlich einstimmig der Meinung ist, dass sie eine Ausdrucksform der Scrophulose ist. Eine weitere Anschauung ist die, dass es sich um einen Process am Auge handelt, der dem Eczem der Haut analog ist — eine Anschauung, der ich beipflichten möchte. Hier gehen allerdings die Meinungen mehr oder weniger auseinander. Bei ruhiger Betrachtung dürfte Folgendes für beide Fälle übereinstimmend erscheinen. Sowohl das Eczem als die Conjunctivitis phlyktaenulosa treten oft gemeinsam auf, beiden ist es eigenthümlich, dass sie ihren Sitz in der oberflächlichsten Schicht der Haut resp. Conjunctiva haben, dass sie uncomplicirt ohne Narbe heilen, dass die Reizerscheinungen mehr nervöser Natur sind — Juckreiz in einem Fall, Lichtscheu und Thränen im anderen, wobei in vielen Fällen eine energische Heilreaction ausbleibt. Beide verlangen zur Zeit ihres Erscheinens eine Linderung des Reizes um günstig beeinflusst zu werden — Compressen von Liquor Burovi resp. Atropin und Cocain — beide heilen nach Erreichung ihres Höhepunktes am besten unter Reizmitteln, die zuweilen sehr energisch sein müssen um eine genügende Reaction zu erzielen.

Die neuerdings auch vertretene Ansicht, dass die Phlyktaene das Produkt einer Invasion von Eitercoccen ist, scheint mir nur eine flüchtige Beachtung bezüglich der Genese zu verdienen, obwohl bezüglich der Prognose diese Untersuchungen zweifelsohne grossen Werth haben und speciell bei operativen Manipulationen an der Cornea nicht vergessen werden dürfen. Um diese Ansicht zu stützen, mache ich auf den geringen Schaden aufmerksam, den diese Coccen anzurichten im Stande sind und meine, dass es sich um eine secundäre Infection handelt. Der Zeitpunkt dieser Infection ist in das Stadium der Erkrankung zu verlegen, wo bereits die Reaction einen Schutzwall geschaffen hat, wie auch an anderen Wunden. Ein ulcus cruris wird Jahrzehnte lang ohne jede Pflege vertragen, desgl. Fistelgänge u. s. w., während eine kleine frische Wunde mit Eitercoccen inficirt für jeden ihre mehr oder weniger schweren Folgen hat. Mir ist es nicht verständlich wie man an eine primäre Erkrankung durch Eitercoccen denken kann. Der Erfolg durch die Calomelinspersion, der von manchen der antiseptischen Kraft des entstehenden Sublimats zugesprochen wird, wie die günstige Wirkung der Sublimatspülung des Lidsacks und der Sublimatcompressen kann, wie mir scheint, nicht ganz auf das Antisepticum bezogen werden. Jedenfalls wäre dann die endgültige Heilung der Augenerkrankung durch die Cantoplastik, in Fällen wo Antiseptica nicht helfen, kaum in diesem Sinne zu erklären. Ebenso bliebe die Entscheidung offen, wo lang dauernde Conjunctivitis phlyktaenulosa unter allgemeiner Anwendung von Kreuznacher Bädern heilte—nachdem alle anderen therapeutischen Maasnahmen ohne Erfolg blieben. — Dieser Ausführung bedurfte ich um eine von mir erprobte Abänderung im Gange der Behandlung der Conjunct. scroph. zu befürworten und weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Ob übrigens nachstehende Beobachtung von mir allein gemacht worden ist, weiss ich nicht, doch ist in der Literatur darüber nichts zu finden, ich glaube aber nach dem Referate eines Patienten, dass College Mandelstamm in Riga ein Gefässbändchen einmal in meiner Weise behandelt hat. Da ich den Collegen nicht persönlich kenne, weiss ich es aber nicht sicher.

Die übliche Reihenfolge der therapeutischen Maasnahmen ist im Allgemeinen folgende: am 1—2. Tag der Erkrankung Atropin, Cocain, kühler Umschlag — dann Calomelinspersion oder Sublimatcompresse und -spülung, dann ungt. Pagenstecheri 0,5—2%. In den meisten Fällen kommt es nun zur Heilung und es erübrigt die Allgemeinbehandlung fortzusetzen resp. zu beginnen. — In den hartnäckigeren Fällen wird ungt. Pagenstecheri verstärkt bis zu 15%. Hilft das nicht, so folgt die Cantoplastik, hilft diese auch nicht, so wird Kreuznach, Bad Hall, Arensburg u. s. w. angewandt und hernach wieder zu stärkeren Reizmitteln in der Localbehandlung gegriffen — bis endlich Heilung erfolgt.

In dieser Reihenfolge der verstärkten Massnahmen habe ich an die Stelle der stärkeren Salben von Hydr. praec. fl. den Blaustein gesetzt, der mir um Vieles bequemer und daher sicherer ist. — Ausgehend von der Analogie mit dem Eczem suchte ich ein Reizmittel, das ich einigermassen dosiren und leicht anwenden konnte, und bin mit diesem durchaus zufrieden, so dass ich es nur noch allein anwende.

Heilt eine Conjunct. phlyktaenulosa in 14 Tagen nicht unter Calomel und 2% Pagenstecherscher Salbe, so erweitere ich die Pupille mit Atropin oder Scopolamin und touchire den Theil der Uebergangsfalte, die dem Krankheitsherde zunächst erscheint und zwar zuerst leicht (mit trockenem Cuprumstift), hernach, wenn der Reiz mir zu gering erscheint, energischer und mit feuchtem Stift. — Ich beize täglich bis alle Reizerscheinungen verschwunden sind und wende hernach zur Aufhellung der Trübung wieder schwache Quecksilbersalben an, doch so, dass der Blaustein zunächst noch alle 5—6 Tage einmal zur Anwendung kommt.

Bei einiger Uebung ist das Touchiren der Uebergangsfalte ungemein viel leichter als das Einbringen der Salbe mit dem Glasstabe, von der man übrigens nie weiss wie viel von derselben und wie bald aus dem Lidsack durch die Thränenflüssigkeit vollständig weggeschwemmt wird. Da das Cuprum sulfuric. mit der oberflächlichen Schleimhautschicht eine Verbindung eingeht, so ist man urtheilsfähig über den gesetzten Reiz und wird nicht unnütz Zeit verlieren. Ich habe es erlebt, dass ich in ein Auge mit prompter Pupillenreaction nach einander 3 Tropfen ½% Scopolaminlösung träufelte ohne eine Pupillenerweiterung zu erzielen, weil offenbar die Thränenflüssigkeit alles wegspülte. — Atropin ist in dieser Hinsicht sicherer.

Besonders schön wirkt der Blaustein beim Gefässbändchen, welches sofort abheilt, sobald die vom Lide auf den Bulbus übergehenden Gefässstämmchen touchirt werden. — Auch bei tieferen Corneainfiltraten auf scrophulöser Grundlage habe ich durch das Beizen eine Beschleunigung der Resorption gesehen, sobald ein so starker Reiz überhaupt von einem Auge vertragen wurde. — In Fällen, wo in Folge grosser Reizbarkeit des inneren Auges die Pagenstechersche Salbe nicht vertragen wird, darf natürlich auch nicht der Blaustein in Frage kommen.

Die Nachcontrolle dieser Beobachtung ist einfach und braucht keinen Commentar, da der Erfolg fast stets in 2—3 Tagen evident ist. Ist der Erfolg in 10 Tagen nicht da, so mache ich die Cantoplastik.

Bücheranzeigen und Besprechungen

M. Kaposi: Handatlas der Hautkrankheiten. I. Abtheil I. Hälfte. Lex. 8°. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 1898. Preis 8 Mark + Zoll 70 Kop. Subscript. preis für das ganze Werk 48 Mk.

Dieser erste Theil der unternommenen Ausgabe enthält 53 chromolithographische Tafeln, welche in trefflicher und anschaulicher Weise eine Reihe der häufigeren und selteneren Hautaffectionen reproduciren. Die Abbildungen sind Copien der coloristischen Original-Aquarellen, welche in der Anzahl von fast tausend die Wiener dermatologische Klinik schmücken. Es sollen etwa 350 von ihnen auf diese Weise vervielfältigt und jedem Arzte zugänglich werden. Es liegt auf der Hand, dass wir zum ersten Male ein so umfangreiches Tafelmaterial für einen wohlfeilen Preis erhalten werden. Die Ausführung ist eine vorzügliche und für den wissenschaftlichen Werth bürgt der Name des Herausgebers. Die Sammlung verspricht für die Zukunft eine der beliebtesten zu werden.

Kallmeyer.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 19. März. 1897.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Kessler einen Fall von Scheidenverschluss; Fehlen der rugae.

Die 38-jährige, seit 2 Jahren verheirathete Patientin präsentirte sich dem Vortragenden mit der ihr schriftlich mitgegebenen Diagnose: «diese Frau hat keine Vagina!» Bei der Besichtigung erscheinen die äusseren Genitalien vollkommen normal; bei Auseinanderbreiten der Labien zeigt sich zwischen diesen nur eine einzige Oeffnung an der für das orific. urethrae extern. normalen Stelle, durch welche man mit dem kleinen Finger in die Harnblase gelangt, (Incontinenz besteht nicht). Ein Introitus vaginae anscheinend nicht vorhanden, resp. derselbe vollkommen verschlossen. Bei der combinirten Untersuchung per rectum und Harnblase, fühlt man zwischen beiden einen Strang, der als Vagina angesprochen werden kann und weiter nach oben hinten, den ziemlich derben nach links verzogenen in Retroflexio fixirten Uterus. Einigermaassen überraschend wirkt diesem Befund gegenüber die Mittheilung der Patientin, dass sie (seit etwa dem 15. Lebensjahr) ganz regelmässig und ohne Beschwerden menstruirt sei, zuletzt vor 2 Wochen, die Vermuthung, dass die Blutausscheidung vielleicht per anum oder durch die Harnblase erfolge, wurde hinfällig durch die stricte Erklärung der Frau, dass das Blut sicher «aus der richtigen Stelle» austrete und dass Stuhlgang und Urin niemals Blut beigemengt enthielten, letzterer vielmehr stets, auch während der Regel vollkommen klar sei. — Weiterer Aufschluss war danach nur von der nächsten Regel zu erwarten. Am 2. Tage derselben, als dieselbe reichlicher geworden und auf der Unterlage und an der Vulva ziemlich viel Blut zu sehen war, konnte zunächst sicher constatirt werden, dass Rectum und Blase keine Spur von Blut enthielten. Als nach Reinigung der Vulva trotz längeren Zuwartens, kein Blut sich zeigte, wurde mit einem in das Rectum hoch eingeführten Finger von hier aus an der hinteren Vaginalwand kräftig abwärts gestrichen. Dabei tritt ein ganz kleines Blutströpfchen an der linken Seite des verschlossenen Introitus unterhalb der hinteren Umrandung des orific. urethrae ext. unter einem dort vorhandenen minimen Schleimhautwülstchen hervor. Aber auch genauestes Zusehen lässt eine Oeffnung hier nicht entdecken. Darauf wird die Basis dieses Schleimhautwülstchens mit der feinsten Nummer eines Satzes Thränencanalsonden Punkt für Punkt abgetastet, bis die Sonde endlich an einer Stelle in die Tiefe gleitet; hier lässt sich nach Entfernung der Sonde bei starkem Auseinanderziehen ein unter jenem Schleimhautwülstchen gelegenes von ihm in Situ vollständig verdecktes minimes äusserst feines Schlitzchen wahrnehmen, welches so winzig ist, dass es in der That Wunder nehmen muss, dass dasselbe für den freien und beschwerdelosen Abfluss des Menstrualblutes genügt.

Patientin wird demonstrirt; darauf mit zunehmend dickeren Sonden und Hegarschen Stiften Erweiterung dieser Oeffnung bis zum Passirenlassen einer dickeren Uterussonde; seitliche Bewegungen mit dieser, unter gleichzeitiger Controlle vom Rectum aus, lassen das Vorhandensein eines annähernd normalen Scheidenlumens mit Sicherheit constatiren.

Nachtrag: In 2 späteren Sitzungen wird über diesen Fall noch Folgendes mitgetheilt: Operation: Excision der den Introitus verschliessenden Gewebsmasse. (Platte von 3—4 Mm. Dicke) und sorgfältige Uebernähung der dadurch gesetzten circulären Wundfläche; nach der Verheilung ist der Introitus für 1 Finger bequem durchgängig; die Vagina hat normale Weite, ihre Wandungen aber sind vollkommen glatt, von Rugae oder einer Columna ist an dieser bisher absolut jungfräulichen Vagina keine Spur vorhanden, weder an der vorderen noch an der hinteren Wand; die Scheidenwände fühlen sich dünn und schlaff an; die ganze Scheide relativ kurz.

Patientin bei ihrer Entlassung sehr zufrieden, kommt nach 2 Monaten wieder zurück mit der Klage, dass die Schmerzen in der linken Seite, derentwegen hauptsächlich sie sich damals an den Arzt gewandt und die während des Hospitalaufenthaltes viel geringer geworden, zu Hause sehr bald sich wieder eingestellt haben; auch sei der Mann immer noch unzufrieden, weil «etwas hartes vor sei». (offenbar die tiefstehende, ziemlich voluminöse und derbe Vaginalportion des in Retroflexio fixirten Uterus — bei kurzer Vagina). Sowohl die Schmerzen, die nur von der fixirten Retroflexio ausgehen konnten, als auch die vom Mann gerügten Uebelstände wurden — und zwar dauernd, wie Patientin bei einer späteren abermaligen Vorstellung angab — beseitigt durch die nach Trennung der sehr festen Adhäsionen, genau nach Ohlshausen ausgeführte Ventrofixation.

Beide in unserem Fall vorhandenen Anomalien: Verschluss der Vagina und Mangel der Rugae sind wohl als Entwicklungshemmungen anzusehen. Nach Nagel's Darstellung [1]) besteht die erste Anlage der Vagina aus einem soliden Strang epithelialer vielkantiger grosser Zellen, welcher keine Höhlung besitzt. Das Lumen entsteht vielmehr erst später dadurch, dass nach starker Wucherung der Epithelmassen die in diesem Strang axial gelegenen Zellen rasch zerfallen; durch den gleichen Process stellt sich wohl auch (genauere Angaben darüber macht Nagel nicht) die Communication dieses Lumens mit dem Vestibulum durch Bildung der Hymenalöffnung her; unterbleibt hier die Wucherung und der Zerfall, so wird die Vagina an ihrem unteren Ende geschlossen bleiben.

Die Rugae entstehen, «indem das Epithel Einwucherungen in die bis dahin glatte Wand treibt». [2])

Beide Anomalien, der Mangel der Rugae einerseits, der Mangel der Oeffnung nach unten andererseits, könnten demnach beide in der gleichen Ursache ihren Grund haben: einer mangelhaften Wachsthumsenergie der epithelialen Zellen der Scheidenanlage, der zufolge einerseits das Einwuchern in die bindegewebige Umgebung, andererseits die dem axialen Zerfall vorausgehende Massenwucherung in dem dem Vestibulum nächstliegenden untersten Theil des Scheidenstranges unterbleibt.

Es wäre von Interesse, in weiter etwa zur Beobachtung kommenden Fällen von Hymenalatresie darauf zu achten, ob mit dieser wirklich constant auch Mangel der Rugae sich vergesellschaftet, oder ob dieses Zusammentreffen in unserem Fall ein nur zufälliges ist. Aus der Literatur ist dem Vortragenden nichts darauf bezügliches bekannt.

(Autoreferat).

Dehio referirt über einen Fall von multipler neurotischer Hautgangrän. Frl. N. N. 21. a. n. die Tochter eines wohlhabenden Landwirthen hat sich bis zu ihrer jetzigen Krankheit einer guten Gesundheit erfreut. Der Vater und die Schwester sind etwas nervös, schwerere Nervenerkrankungen sind in der Familie nicht vorgekommen. In ihrem 20. Lebensjahr zog sich die Patientin oberhalb des linken Handgelenkes eine leichte Verbrühung der Haut durch den heissen Wasserdampf einer Theekanne zu, welche in wenigen Tagen heilte. Sechs Wochen darauf bildete sich an dieser selben Stelle ohne sonstige bekannte Ursache ein röthlicher schmerzhafter Fleck von Rubelgrösse, der sich in wenigen Tagen in einen braunschwarzen lederartigen Schorf verwandelte; der Schorf stiess sich in den folgenden Wochen ab und hinterliess eine flache Hautnarbe, welche noch jetzt zu sehen ist. In den folgenden Monaten traten am ganzen linken Arm wiederholentlich ebensolche Eruptionen auf, die stets zur Bildung verschieden grosser und verschieden dicker unregelmässig gestellter Hautsequester führten, die dann durch demarkirende Entzündung abgestossen wurden und flache mehr oder weniger tief greifende Hautnarben hinterliessen. Später bildeten sich auch an der linken Gesichtshälfte ähnliche Necrosen. Nach einer Pause von 3 Monaten, wo Patientin völlig gesund war, trat derselbe Process am linken Vorderarm und der linken Hand, sowie am linken Unterschenkel auf. Im folgenden Jahr erkrankte sodann der rechte Fussrücken, wo sich eine bis in's Unterhautgewebe reichende Hautnecrose bildete, die eine dicke glatte Narbe hinterliess. Patientin glaubt diese letztere Erkrankung auf schwere Gemüthsbewegung zurückführen zu müssen, welche sie in jener Zeit durchzumachen hatte. Als

[1]) Veit's Handbuch der Gynaekologie I, pag 554.

[2]) bei Embryonen von 14 Centim. Rumpflänge schon deutlich vorhanden. Nagel l. c.



Vortragender der Patientin zum ersten mal zu Gesicht bekam, war eine frische, in eitriger Abstossung begriffene Hautnecrose am linken Zeigefinger vorhanden und ausserdem waren überall als Reste der früheren Affectionen ausgedehnte glatte an den Rändern pigmentirte Hautnarben sichtbar. Im Uebrigen machte die Patientin zwar einen etwas nervösen und angegriffenen Eindruck, liess aber sonst keinerlei pathologische Veränderungen erkennen. Appetit und Verdauung waren normal, die Periode regelmässig und schmerzlos, nur an der linken Hand und am linken Arm bis hinauf zur Schulter, sowie am linken Fuss bis zur Mitte der Wade ist die Sensibilität für Schmerz- und Tastempfindungen herabgesetzt. Die linke Hand ist stets etwas blasser und kühler als die rechte.

Ein halbes Jahr später, als die Patientin sich wegen einer Erkrankung ihres Vaters schwere Sorgen machte, bekam sie heftige Schmerzen am inneren Knöchel des linken Sprunggelenkes und gleichzeitig entwickelte sich an dieser Stelle eine halbrubelgrosse rundliche tiefgreifende Hautnecrose und eine ebensolche auch an der hinteren Peripherie der Wade. Beide heilten mit Hinterlassung einer Narbe in etwa vier Wochen. Einige Monat später erlitt die Patientin bei Tisch (es fiel eine Rothweinflasche und überschüttete das Tischtuch) einen kleinen Schreck und unmittelbar darauf bildete sich im Gesicht unter dem rechten Auge ein blutloser, später cyanotisch gefärbter Fleck, der eine schmerzhafte Empfindung verursachte und an welchem in den folgenden drei Tagen sich die Epidermis in Gestalt einer vertrockneten gelbbraunen Lamelle abstiess. Ein anderes Mal wurde Patientin dadurch erschreckt, dass ein schweres Buch mit lautem Geräusch vom Tische fiel; sie sprang auf, grift an's rechte Auge und sagte: «hier schmerzt es, ich bekomme einen Fleck!» Im selben Augenblick bemerkten die Angehörigen am rechten Augenlid einen schneeweissen Fleck; derselbe wurde später blauroth und verwandelte sich in einen trockenen bräunlichen necrotischen Epidermisschorf, welcher allmählich abgestossen wurde. Bis zum Schluss der Beobachtungszeit haben sich noch einige leichte derartige Eruptionen wiederholt, doch hat Patientin sich in den letzten Monaten im Allgemeinen wohler gefühlt und gut erholt. — Im Anschluss an diesen durch photographische Bilder illustrirten seltenen Krankheitsfall giebt Referent eine Uebersicht über die bisher veröffentlichen derartigen Fälle. Die referirte Krankheitsgeschichte ist aus dem Grunde bemerkenswerth, weil sie auf's deutlichste den unmittelbaren Zusammenhang der Ernährungsstörungen in der Haut mit Gemüthsbewegungen erkennen lässt. Wir sind gezwungen diese Störungen als nervösen Ursprunges anzuerkennen; sie bieten vielfache Analogien dar mit den durch Hypnose und Suggestion unter Umständen künstlich zu erzeugenden trophischen Störungen in der Haut.

(Autoreferat).

Discussion.

Otto hat Gelegenheit gehabt einen Fall zu beobachten der vielleicht auch hierher gehört. Es handelt sich um einen Mann von c. 46 Jahren, entschiedenen Neurastheniker, der zu gewissen Zeiten, in denen er besonders nervös ist folgendes an sich bemerkt: Zunächst tritt an einer circumscripten Stelle des Körpers plötzlich starkes Jucken auf, dem das Erscheinen eines rothen Fleckes folgt. Derselbe ist linsen- bis erbsengross und prominirt bald nach seinem Auftreten deutlich über das angrenzende Hautniveau. Die ursprünglich röthliche Farbe, geht allmählich in's Gelbliche, dann Grünliche über bis nach einiger Zeit der Fleck tintenschwarz erscheint. Dann stellt sich unter Auftreten eines brennenden Schmerzes ein rother hyperämischer Hof (Demarkationsring) ein. Nach 10—14 Tagen heben sich die Ränder des Schorfes, Pat. hebt denselben heraus, worauf binnen Kurzem ein zweiter aus eingetrocknetem Secret bestehender sich bildet. Derselbe liegt bis zur Bildung der jungen Narbe, die allmählich abblassend ungemein scharfrandig wie mit dem Locheisen ausgeschlagen erscheint. Aufgetreten sind diese kleinen circumscripten Necrosen der Haut bisher am Rumpf (Brust, Bauch, Schulter) den Unter- und Oberschenkeln. Kopf, Hände und Füsse sind verschont geblieben. Prädisponirt sind entschieden die Extremitäten. Das Auftreten erfolgt in Intervallen von mehreren Monaten, unabhängig von der Jahreszeit. Ischämie der betreffenden Stelle als Vorstadium ist nicht zur Beobachtung gekommen, es setzt gleich eine umschriebene Hyperaemie ein, ebenso lässt sich im Auftreten keine Symmetrie erkennen.

Boettcher erinnert an einen von Henoch publicirten Fall von symmetrischer Hautgangrän bei einem Tabiker. Henoch nimmt an, dass der Degenerationsprocess trophische Centra des Rückenmarkes ergriffen hat. Er erwähnt ferner des Herpes Zoster der jedenfalls nervösen Ursprunges ist.

Zoege: früher fasste man als trophische Störung Dinge auf, die Folge einer Erkrankung des Nervensystems waren, heute muss und kann man streng zwischen vasomotorischen (besser vasomotorisch-trophischen) und trophischen Störungen im engeren Sinn scheiden. Trophische Störungen letzterer Art wären dann solche, welche durch Aenderung des Ernährungschemismus bedingt würden. Störungen der Art sind völlig hypothetisch, aber wohl denkbar, vasomotorisch-trophische Störungen genügen zur Erklärung solcher Fälle, wie Vortragender sie eben geschildert hat. Sehr instructiv sind die Beobachtungen bei Durchtrennung resp. Quetschung des Rückenmarkes: der Turgor der Gewebe geht verloren, man sieht geradezu alles Blut in die abhängigen Körpertheile strömen. Dass es dann weiter zu Gewebsnecrose kommt ist nicht zu verwundern. So erklärt sich das frühzeitige Auftreten von Decubitus, schon nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden kann sich eine so erhebliche Störung in den Gewebstheilen die dem Druck ausgesetzt waren ausgebildet haben.

Vor Jahren hat Z. einen Fall beobachtet, den er damals noch anders deutete. Es handelte sich um eine 19-jährige junge Dame, nervös beanlagt, Hysterica. Nach einem Ball, auf welchem sie viel getanzt hatte, traten in der kleinen Zehe des einen Fusses lebhafte Schmerzen auf, dieselbe war geschwollen, roth-blau verfärbt, an drei Stellen braune necrotische Epidermisborken. Der Puls in der Tibialis postica fehlte, während der Gefässstrang deutlich zu fühlen war. Auf der anderen Seite der Puls in derselben Arterie deutlich fühlbar. Nach einiger Zeit sah Zoege die Patientin wieder: Puls in der Tibialis postica war wiedergekehrt. Das erste Mal hatte Z. an einen embolischen Verschluss der Arterie gedacht, jetzt glaubt er dass es sich wohl um thrombotische ganz oberflächliche Gangrän gehandelt hat, d. h. eine im Anschluss an eine nervöse Störung auftretende Circulationsstörung und nachfolgende Thrombose. Die Dauer des Verschlusses (Patientin war 3 Wochen unter Beobachtung) spricht gegen einen rein nervösen Gefässverschluss. Dass später der Puls im thrombosirten Gefäss wieder auftritt ist nicht wunderbar. Oft gelangt ein Theil des Thrombus zur Resorption, zunächst circulirt dann das Blut in Lücken desselben, endlich wird das temporär verschlossene Gefässlumen völlig wegsam. In Bezug auf die sonderbare Anordnung der Hautnecrose z. B. in Form eines circulär um ein Glied gelegten Ringes meint Zoege, dass dieses nicht durchaus für den nervösen Ursprung spräche. Sie könnte ebenso ihre Erklärung in der anatomischen Anordnung der Gefässe finden, die ja ähnlich derjenigen der Nerven ist. Zoege hat in 3 Fällen von Venenthrombose (von denen vielleicht eine infectiöser Natur längere Zeit post partum entstand) ähnliche Bilder gesehen: plötzliche ringförmige Anschwellung eines Gliedes. Das ganze Krankheitsbild entsprach aber mit seinem Verlauf etc. einer gewöhnlichen Venenthrombose. Nach Nervendurchschneidung bekommt man Gefässlähmung, die zu secundärer Endarteriitis führt. Es wäre wohl denkbar, dass in solchen Fällen noch nachträglich Gangrän auftritt. Z. glaubt nicht, dass man Dehio's Fall auf dem Umwege specifisch-trophischer Nerven erklären müsse, man komme mit den bekannten vasomotorischen aus: durch Vasoconstriction kommt es zunächst zu einer Ischämie, dann eventuell zu capillärer Thrombose und Gangrän.

Dehio: Otto's Fall erinnert an einen von Wilson unter dem Namen neurotische Excoriation beschriebenen Fall.

In Bezug auf die Ausführungen Zoeges giebt er zu, dass sich eine Erklärung ohne Heranziehung specifisch trophischer Nerven geben lasse Doch machen andere Beobachtungen deren Existenz höchst wahrscheinlich: so die unter dem Namen glossy skin beschriebenen Veränderungen der Haut, Herpes Zoster u. s. w. Sind aber trophische Centra des Rückenmarkes bekannt, so kann man nicht von vorne herein deren Einfluss beim Zustandekommen der Symptome seines Falles von der Hand weisen.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Mitgliede des Curatoriums des Asyls des Prinzen Peter Georgiewitsch von Oldenburg, Staatsrath Dr. v. Petersen. Der St. Annen-Orden II. Classe — dem Consultanten der Pokrowschen Gemeinschaft Barmherziger Schwestern, Staatsrath Dr. Tschistjakow. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe dem Professor der pathologischen Anatomie am Klin. Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrath Dr Petrow.

— Bestätigt: Der ausserordentliche Professor der Epizootologie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Woronzow in der Würde eines ausserordentlichen Professors emer.

— Verstorben: 1) Am 21. Mai in Kowno auf dem Wege vom Auslande nach St. Petersburg der Oberarzt des hiesigen städtischen Kalinkinhospitals Staatsrath Dr. J. A. Majew im 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten und war dann Ordinator am hiesigen städtischen Kalinkinhospital, dessen Oberarzt er vor ca. 7 Jahren nach dem Abgange Dr. Sperck's wurde. Zugleich fungirte M. als Consultant am St. Petersburger Nikolai-Militärhospital und als Privatdocent für Syphilis und Krankheiten des Uro-Genitalsystems. 2) In Berlin der Senior der dortigen praktischen Aerzte, Geh. Sanitätsrath Dr. Eduard Hildebrandt im Alter von 86 Jahren. 3) In Abazzia der österreichische Generalstabsarzt Dr. Nendoerfer, welcher 1864 den unglücklichen Kaiser Maximilian nach Mexico begleitete, im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher früher Privatdocent für Chirurgie in Prag und Wien war, gehörte zu den Begründern der Wiener allgemeinen Poliklinik und ist vielfach auf dem Gebiet der Chirurgie schriftstellerisch thätig gewesen.

— Dem vor Kurzem verstorbenen Dr. Karstens (cfr. Nekrolog in der vorigen Nr.), welcher 30 Jahre lang in treuer Pflichterfüllung den Posten eines Ordinators am Collegium der allgemeinen Fürsorge in Reval bekleidet hat, widmet ein örtliches Blatt einen warmen Nachruf, der seine unermüdliche Arbeitslust und Opferbereitschaft, sowie seine unentwegte Pflichttreue in seinem ärztlichen Beruf nicht genug zu rühmen vermag. Diese ehrenwerthe und erfolgreiche Thätigkeit des schlichten, ganz in seinem Berufe aufgehenden Mannes habe allezeit unter seinen Collegen und Vorgesetzten Anerkennung und seitens der Vielen, denen er geholfen, herzliche Dankbarkeit zur Folge gehabt.

— Als Privatdocenten für Syphilis und Hautkrankheiten haben sich an der militär-medicinischen Academie habilitirt der Militärarzt Dr. M. P. Manassein und Dr. S. J. Kulnew.

— Busch-Prämie. Zur Bewerbung um die auf den Namen des Academikers Dr. Busch gestiftete und von der militär-medicinischen Academie zu vergebende Prämie waren zum Termin (1. Septemb. 1897) vier Werke eingelaufen: 1) «Operationen am Herzbeutel und anatomische Untersuchung desselben» von Dr. Woinitsch-Sjanoshenski; 2) die Pathologie der Wanderniere» von den Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Wolkow und Delizyn (gemeinsame Arbeit); 3) «Ueber die Todesursache bei Verbrennung grösserer Hautflächen» von Prof. Kianizyn (Kiew); 4) «Chirurgische Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Krankheiten der Prostata und der Harnblase» von Prof. Podres (Charkow). Von diesen Arbeiten ist der erstgenannten Arbeit von Dr. Woinitsch-Sjanoshinski eine Prämie von 800 Rbl. und der zweitgenannten der Privatdocenten Wolkow und Delyzin eine Prämie von 2000 Rbl. zuerkannt worden.

— In Rostow a/Don hat die neugegründete Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra ihre Thätigkeit eröffnet.

— Der Charkower Arzt Danilewski hat eine Flugmaschine erfunden, mit welcher in nächster Zeit Versuche angestellt werden sollen.

— In der städtischen Irrencolonie auf dem Gute Snamenskoje (bei St. Petersburg) erfolgte am 17. Mai die Einweihung der Kirche und einer Reihe neuer Gebäude. Für die Bauten und die Einrichtung dieser Anstalt hat die Stadtverwaltung seit 1892 bis jetzt über 754,000 Rbl. verausgabt. In der Anstalt befinden sich gegenwärtig 600 Kranke, von denen die Arbeitsfähigen mit Land- und Gartenarbeiten beschäftigt werden. Im Herbst dieses Jahres soll diese Zahl auf 750 gebracht werden.

— Am 19. Mai hielt die Russische Gesellschaf zur Wahrung der Volksgesundheit ihre Generalversammlung unter dem Vorsitz des Leibmedicus Dr. Kudrin ab. Dem vom Secretair der Gesellschaft Dr. Huber verlesenen Rechenschaftsberichte für das Jahr 1897 entnehmen wir, dass die Gesellschaft 16 Ehrenmitglieder, 23 lebenslängliche Mitglieder, 271 wirkliche Mitglieder und 188 correspondirende Mitglieder zählt. Die Gesellschaft hat gegenwärtig 11 Abtheilungen im russischen Reiche. Die Capitalien belaufen sich auf 175,698 Rbl.

— Prof. Storch in Kopenhagen giebt eine von ihm entdeckte Methode an, durch welche es möglich wird, mit Leigtichkeit festzustellen, ob eine Milch Tuberkelbacillen enthält. Zu diesem Zweck werden einige Löffel voll der zu untersuchenden Milch in ein Reagensglas gegossen, einige Tropfen Wasserstoffsuperoxyd (H^2O^2) zugethan und dann einige Tropfen Paraffinglecadiamin [$C^6H^4(NH^2)_2$]. Die Milch im Reagensglase ändert ihre Farbe nicht, wenn keine Tuberkelbacillen vorhanden sind: im entgegengesetzten Falle nimmt sie, wenn das Glas geschüttelt wird, sofort eine graugrünliche Farbe an.

— Die Aerzteschaft des Thermal- und Soolbades Oeyuhausen in Westfalen ersucht uns um Aufnahme nachstehender Notiz:

Wir bitten die auswärtigen Herren Collegen, bei gegebener Gelegenheit darauf zu achten, dass der Gebrauch des früheren Namens Rehme für unseren Badeort zu Missverständnissen der verschiedensten Art führen kann, und thatsächlich schon öfter geführt hat. Rehme ist ein Dorf, das eine halbe Stunde Weges von Bad und Stadt Oeynhausen entfernt liegt und keine Heilquellen besitzt. Das Bad verdankt diesen alten Namen nur dem Umstände, dass das Gebiet, auf dem die erste Thermalquelle erbohrt wurde, ursprünglich zur Gemeinde Rehme gehörte. Schon im Jahre 1848 erhielt das Bad nach seinem Begründer den Namen Oeynhausen und im Jahre 1859 erfolgte der Eintritt Oeynhausens in die Reihe der Stadtgemeinden. Trotzdem will der Name Rehme aus den Lehrbüchern, Druckheften, Zeitschriften und Versammlungsberichten immer noch nicht verschwinden. Seitdem das Dorf Rehme Poststation geworden ist, treten Missverständnisse und Verwechselungen noch häufiger in die Erscheinung, als früher, da Postsendungen, die nach Oeynhausen geschickt werden sollen, aber mit der Aufschrift Rehme versehen sind, zurückgehen, beziehungsweise vernichtet werden. Im allgemeinen Interesse liegt es daher, wenn wir die Herren Collegen ersuchen, mündlich und schriftlich sich ausschliesslich des Namens Oeynhausen zu bedienen.

Die Aerzte des Königl. Bades Oeynhausen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Mai, d. J. 7538 (234 wen. als in d. Vorw.), darunter 658 Typhus — (22 wen.), 763 Syphilis — (180 wen.), 134 Scharlach — (26 wen.) 109 Diphtherie — (30 wen.), 52 Masern — (13 wen.), und 37 Pockenkranke — (6 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17 bis zum 23. Mai 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
351	266	617	149	55	87	14	9	17	67	49	45	45	41	27	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 4, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 29.



Endstation der Linie Pforzheim-Wildbad.

WILDBAD

Württemberg. Schwarzwald.

Warmquellen ($\frac{31^\circ}{37^\circ C.}$) mit natürlicher, der Blutwärme des menschlichen Körpers angemessener Temperatur.

Einzel- und Gesellschafts-Thermal-Bäder in comfortablen Räumen. Weitere Kurmittel sind: Dampf- und Heissluftbäder. Heilgymnastik. Elektrotherapie. Massage.

LUFTKURORT. 430 m. ü. d. M. Herrliche Tannenwälder, Waldwege und Anlagen a. d. Enz, hervorragendes Kurorchester, Theater, Lesesäle, Jagd, Fischerei, sonstige Vergnügungen, Spiele etc.

Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

Gute Hotels u. Privatwohnung. f. alle Verhältnisse. Prospecte u. jede gewünschte Auskunft durch die **K. Badverwaltung** od. d. **Stadtschultheissenamt.**

Hauptsaison von Mai bis October.

Bad Homburg v. d. Höhe.

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.

Fünf Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern,** Fichtennadel- und Moorbädern, Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versandt während des ganzen Jahres.

Broschüren und Prospecte durch die Kur- und Bade-Verwaltung.

(29) 3—3.

RÖNTGEN-APPARATE

vorzüglichster Wirkung

fertigt als Specialität

VOLTOHM

Elektricität-Gesellschaft A.-G.

München (Deutschland).

Anerkennungen hervorragender Autoritäten.
Prospecte und Preise kostenfrei.

Sanatorium Birkenwerder

bei Berlin.

Physikalisch-diätetische Behandlung.

Dirig. Arzt: **Dr. med. Ziegelroth.**

Prospecte kostenfrei durch die Direction.

(39) 15—8.

Vom 1. Mai ab practicire ich in

BAD NEUENAHR,

Dr. W. Hülsemann,

bisher Assistenzarzt am städt. Krankenhause zu Frankfurt a/M. (Abtheilung des Herrn Prof. von Noorden).

(65) 3—2.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt

in Bad Kissingen.

Aeltestes klinisch geleitetes Institut. Das ganze Jahr geöffnet.

—— Prospecte gratis. ——

Dr. Freiherr von Sohlern.

Bad Oeynhausen i/Westfalen.

Dr. Georg Kann

Badearzt u. Specialarzt f. Orthopädie u. Massage spec. compensatorische Uebungstherapie. Auf Wunsch Pension im Hause.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

VILLA RITTER KARLSBAD.

BÖHMEN.

Pension für Kranke, welche neben der Cur besondere Fürsorge in Diät und Pflege bedürfen.

Dr. Ritter.

(59) 5—4.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Karlsbad **Dr. Alexander Maitinsky,** Annaberg, Marktplatz.

BAD-NEUENAHR

Dr. Wilh. Niessen.

Sanatorium Dr. Hans Lehrecke

Königliches BAD REHBURG (Hannover).

Heilanstalt für **Hals- u. Lungenleidende, sowie für Reconvalescenten und Erholungsbedürftige.** — Mildes Klima. — Schutz gegen empfindliche Windströmungen. — Schöner Park. — Ueppige Tannen- und Buchen-Waldungen. — **Ozon-Sauerstoff-Lignosulfit-Inhalation.** — **Waldenburg'sche Apparate.** — **Röntgen-Zimmer-Sonnen-Luft-Aufenthalt** auf der Plattform des Gebäudes. Ferner in der Nähe: zur Anstalt gehörendes Kurhäuschen für **Höhenluftkur.** — Elektrische Beleuchtung. — Wasserleitung. — Bäder. — Eigenes Fuhrwerk. Station der Steinbader Meer-Bahn, — Prospecte gratis.

Sassnitz

Ostseebad auf Rügen. Reiz. gesch. Lage, fr. beleb. niem. schw. u. doch warme Luft. Herrl. Buchenw. **Hôtels u. Wohnungen für jeden Bedarf. Schnellste** Verb. **Berlin-Sassnitz** in 5 Std. **Dampfer-Verbindung** nach allen Richtung. Prosp. grat. Die Badedirection

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October. — Frequenz: 13 — 14000.
Station der Hannov.-Altenb.-Eisenb. u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim-Cöln-Paris. **Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl. waldr. Umgebung. — Lawn-Tennis-Plätze, Theater, Bälle, Rennen, Gelegenheit zu Jagd u. Fischerei. Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.** (58) 5—3.

WIEN XIX/4. Staatlich conc. Privat-Erziehungsanstalt

für geistig abnorme und nervöse Kinder, mit einer Specialabtheilung für Kinder mit Störungen der Sprache.

Vornehmes, mit allen pädagogischen und hygienischen Behelfen ausgestattetes Familienheim für Kinder besserer Stände. Pavillonsystem, grosser Park in ruhiger Lage. Gewissenhafte pädagogische und ärztl. Behandlung.
(88) 26—17. **Anstaltsleiter Dr. Th. Heller.**

Medicinischer Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Soeben erschien **Heft I** der:

Diätetisshe und Physikalische Therapie.

Redigirt von
E. v. Leyden und A. Goldscheider.
Preis eines Bandes (à 4 Hefte) **8 Mark.**
Probeheft durch jede Buchhandlung und den Verlag.

JODOFORMOGEN (Knoll). Name geschützt.

Eine Jodoformeiweiss-Verbindung, deren wirksamer Bestandtheil kein chemisch neuer Körper, sondern das **Jodoform** selbst ist. — Staubfein, **nicht ballend,** unter dem Verbande **fast geruchlos!** Billiger und 3 mal leichter als Jodoform. — Nach Privatdocent Dr. Kromayer, Halle a. S: zur Zeit **bestes Wundstreupulver.**
Siehe Berl. Klin. Wochenschr. 1898, p. 217. Literatur u. Muster zu Diensten.

TANNALBIN (Knoll)

ist ein nach dem Verfahren von Prof. Gottlieb, Heidelberg, dargestelltes Tanninpräparat 50% Gerbsäure enthaltend.

(Name geschützt). Vergleiche:

„Ueber die Wirkung des Tannalbin bei Darmkrankheiten der Kinder"
von **N. P. GUNDOBIN,** Privatdocent an der Kais. Russ. Militär-Akademie (Djetskaja Medizina 1897, Nr. 1).
Siehe auch die Veröffentlichungen über Tannalben von:
Prof. **O. Vierordt,** Heidelberg, Primärarzt v. Engel, Brünn, **K. Holzapfel,** Strassburg, Kinderarzt Rey, Aachen, Deutsche Medicin. Wochenschrift 1896, Nr. 11, 25, 50; 1897, Nr. 3.

Sanderabdrücke auf Wunsch zu Diensten durch die Herren:
Becker & Grube, St. Petersburg, Curt Larrass, Moskau.
Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.

Dr. von Heinleth's

Chirurgisch-gynäcologische

PRIVATHEILANSTALT Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem Garten gelegen, **eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur** chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) **sowie auch für Kehlkopfleiden. Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik aufs vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — **Prospecte auf Wunsch.** (40) 16—30.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel

(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.
Verkauf in allen Apotheken.



In **Reichenhall-Grossgmain** pract. wie seit Jahren Dr. med. **STEINBERG,** i. Wint. Curarzt i. S. Remo.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben.
Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, **Paris, 30, Rue Saint-Georges.**

Дозв. ценз. Спб 30 Мая 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 6. (18.) Juni 1898

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. Jordan in № 20 der Wochenschrift muss es heissen:

Auf der ersten Zeile der Arbeit:
statt wirksamen — wirksameren.

Auf pag. 187, Zeile 4 von oben:
statt 9,5 — q. s.

Ein Fall von diffusem Myxosarcom des Peritoneums.

Von

Dr. E. Masing.

Vorgetragen im deutschen ärztlichen Verein in St. Petersburg am 14. April 1898.

Edmund H. wurde 1830 in Hapsal in einer sehr gesunden Familie geboren. Seine Mutter, eine bis zuletzt blühende Frau, starb im 12. Wochenbette an Puerperalfieber; sie war die erste unter 10 Geschwistern, die da starb, die anderen 9 erreichten zum grössten Theil ein Alter von über 80 Jahren. Sein Vater starb am Typhus 60 Jahre alt; auch dessen Geschwister wurden alle alt. Von den 12 Kindern dieses Elternpaares, sind 3 als ganz kleine Kinder gestorben, die übrigen 9 wurden mindestens 55 Jahre alt, oder leben noch. Erbliche Krankheiten fehlen ganz in dieser Familie.

Als junger Mann von 22 Jahren hatte E. H. eine heftige Gemüthsbewegung, Schreck: darnach litt er längere Zeit, Jahre, an Herzsymptomen, Herzklopfen, Arythmie, Beklemmungen etc., die schliesslich nach Application einer Fontanelle wichen. Doch aber fand jeder Arzt, der ihn später untersuchte, das Herz dilatirt und geneigt zu Arythmien. Mit 30 Jahren wurde er Beamter in einer Versicherungsgesellschaft in Petersburg, wo er bis zu seinem Tode, d. h. 36 Jahre lang lebte. In den ersten Jahren seines Petersburger Lebens litt er ausserordentlich an Durchfällen, zu denen er auch schon in Hapsal geneigt war. Er vertrug Monate lang nichts als Bouillon und Weissbrod und wenn auch allmählich die Verdauung besser wurde, so blieb doch die Neigung zu Durchfällen sehr gross. Merkwürdigerweise litt aber dabei sein Ernährungszustand gar nicht, er wurde im Gegentheil während seiner 50-ger Jahre corpulent. In seinem 55. Lebensjahre hatte er einige recht heftige Anfälle von Gallencolik mit Icterus und Fieber. Er trank 2 Sommer nacheinander hier Carlsbader Schlossbrunnen, wonach die Coliken nicht wiederkehrten. Ausser einem Gesichtserysipel hat er sonst keine Krankheit zu bestehen gehabt.

Seine Lebensweise war eine sehr regelmässige. 7 Stunden Dienst täglich im Bureau, die übrigen Stunden des Tages Erholung in der Familie. Bis 5 Uhr Nachmittags ass er fast nichts, dann aber zu Mittag reichlich. Täglich trank er etwas Spirituosa, einen Cognac und einige Gläser Wein, aber nie im Uebermasse. Auch bei gelegentlichen Festen (Montags die Liedertafel) wurde nie debauchirt. Er rauchte viel, wenn auch leichte Cigaretten.

Das Leiden, das besonderes Interesse bot und das auch schliesslich den Tod veranlasste, begann unmerklich im Februar 1894. Der immer volle Unterleib wurde noch umfangreicher und bald liess sich etwas Ascites nachweisen, der langsam zunahm bei reichlicher Diurese eines ganz eiweissfreien Urins. Sonst nirgends Oedeme. An der Leber und am Peritoneum lässt sich nichts finden, was den isolirten Ascites erklären könnte.

Am 23. April 1894 Consultation mit Dr. Kernig, der folgenden St. praesens constatirt: kräftiger Körper, keinesweges fett, auch die Bauchwand nicht. Kein Icterus, keine Cyanose. Nervensystem ganz gesund. Herz überall hin zu gross, schlaff, kein Choc fühlbar. Puls mittelstark, rythmisch. Herztöne rein, zuweit nach rechts hörbar. Lungen gut, die Unterlappen geben weniger volle Percussion wegen der Compression durch das sehr hochstehende Zwerchfell, Vesiculärathmen und Stimmfremitus überall gleich gut. Unterleib sehr aufgetrieben, 114 Ctm. Umfang, freier Ascites unzweifelhaft, beim

Stehen das obere Niveau in Nabelhöbe. Die Welle lässt sich durch Anschlagen nicht in jeder Richtung constatiren. Leber und Milz nicht palpabel wegen des Hochstandes derselben, beide findet K. als vergrössert.

Im Unterleibe sind keine Geschwülste zu palpiren, auch vom Mastdarm aus nicht, dort ist nur die Prostata als vergrössert und nicht ganz eben zu fühlen. Der Urin ist 1000 Cubc. 24 st. Menge, sp. G. 1027, kein Eiweiss, etwas Zucker 0,1°/o. Zu viel Harnsäure im Verhältniss zum Harnstoff. Nach dieser Untersuchung ist K. geneigt, doch die Leber als Veranlassung zum Ascites zu beschuldigen. Wahrscheinlich Cirrhose derselben im Anschlusse an die Gallensteine vor 9 Jahren? vielleicht beginnendes Neoplasma der Leber? Verordnung: Jodkali. Zunächst folgte eine Besserung. Der Leibesumfang verkleinert sich (24. Mai 108 Ctm.) und der Ascites nahm ab, besonders als sich Durchfälle einstellten, die so ziemlich den ganzen Sommer anhielten. Trotz Bismuth, Tannin etc. immer 4—5 flüssige Stühle täglich. Dabei war im August kaum mehr Ascites nachweisbar. Nun konnte ich sicher constatiren, dass die Leber nicht vergrössert und nicht resistenter als normal war.

Den Sommer über hatte ich ihn nur wenig gesehen. Im September begann wieder eine regelrechte Behandlung und da hörte der Durchfall auf. Er fühlte sich recht wohl, recht arbeitsfreudig, leistete Alles, hatte guten Appetit und Aussehen, so dass ich überzeugt war, es könne sich um ein malignes Neoplasma nicht handeln, da müssten sich nach 1/2-jährigen Bestehen Cachexie und Appetitlosigkeit gemeldet haben.

Im October 1894 begann der Ascites wieder zuzunehmen. Da das Jodkali nicht gleich wieder deutliche Besserung brachte, liess sich Pat. gegen 2—3 Monate homöopathisch behandeln. Da wurde ihm eine Milchcur verordnet, die er kurze Zeit streng, später nicht mehr so streng durchführte. Doch sah ich ihn als Verwandter und Hausarzt immer von Zeit zu Zeit und sah, dass ihn diese Cur angriff.

1895 Januar. Während der homöopathischen Behandlung wieder Verschlechterung. Trotz Durchfällen hat der Ascites wieder so zugenommen, dass der Bauchumfang 119 Ctm. ist. Diurese spärlich, Urin sonst normal.

Am 5. Januar Consultation mit Dr. Westphalen. Dieser fand Leber und Milz weder vergrössert noch verkleinert. Tumoren nicht zu palpiren. Die Ursache des Ascites bleibt dunkel. Wahrscheinlich wird es bald zu Punctionen kommen, da wird die Beschaffenheit der Flüssigkeit Hinweise auf die Ursache bieten: wenn hämorrhagisch — Neoplasma, Tuberkeln, wenn chylös — Verletzung des Ductus thoracicus; wenn endlich klar wässerig — dann Stauung, deren Ursache nach Entfernung der Ascitesflüssigkeit leichter zu erkennen sein wird. Jod intern. Gegen die Durchfälle möglichst heisses Wasser einige Weinglasvoll zu trinken. Die nächsten 2 Monate brachten wenig Veränderung. Er wurde allmählig immer magerer und an den Beinen stellte sich vorübergehend Oedem ein. Der Bauchumfang stieg auf 121 Ctm. Doch setzte er seinen Dienst fort und stieg die 4 Stock in seine Wohnung zuweilen 2 mal täglich ohne Anstrengung.

3. März 1895 Consultation mit Dr. Bertenson. Dieser diagnosticirte: Lebercirrhose, veranlasst durch die seit 45 Jahren täglich genossenen Spirituosa (Bindegewebswucherung längs den Gallengefässen). Er giebt gern die Möglichkeit zu, dass die Leber vor 1/2 Jahr noch vergrössert war (Dr. Kernig), jetzt ist sie jedenfalls verkleinert, während die Milz vergrössert ist. Für eine Neubildung ist die Dauer zu lang (über ein Jahr) die Gesichtsfarbe und Leistungsfähigkeit sind zu gut, es müsste Cachexie und allgemeiner Hydrops da sein. Auch fehlen die Schmerzen im Unterleibe, welche die Neoplasmen begleiten in Folge von chronischen circumscripten Peritonitiden, welche bei Neoplasmen selten fehlen. Neoplasmen des grossen Netzes müssten durchzufühlen sein, und solche der Organe müssten durch Compression der grossen Gefässe hochgradiges Oedem der Beine hervorgerufen haben. Verordnung: Carlsbader-Wasser und Calomel.

In der nächsten Zeit nimmt der Ascites noch zu. In der Rückenlage nur um den Nabel herum im kleinsten Umfange helle Percussion, sonst alles dumpf.

Der Urin wieder von Dr. Biel untersucht erweist sich als ganz normal, auch kein Zucker.

23. März 1895 erste Punction. Es wurden entleert 18 1/2 Liter ganz klaren Serums, hellgelb mit einem Stich ins Grünliche. Obgleich die Entleerung allmählig geschah, trat doch zum Schluss Dyspnoe auf, bei jeder Inspiration vertiefte sich das Epigastrium. Rückenlage und feste Bandagirung brachte bald Erleichterung.

Jetzt war die Palpation des Unterleibes leicht. Nirgends ein Tumor. Die Leber schien wohl deutlich verkleinert; sie ist nur im Epigastrium palpabel, weiter nach rechts nicht, auch nicht bei tiefstem Inspirium. Der palpable Theil der Leber ist derb und scheint etwas uneben; jedenfalls keine Knollen daselbst und keine Schmerzhaftigkeit. Die Milz ist nicht palpabel, aber percutorisch vergrössert.

Am anderen Tage war das inspiratorische Einziehen des Epigastriums geschwunden, das normale Vorwölben hergestellt. Grosse subjective Erleichterung. Diurese reichlich. Der Bauchumfang von 122 1/2 auf 103 Ctm. reducirt.

Am 27. März beginnt wieder die Wasseransammlung im Unterleibe und 3 Wochen nach der Punction ist der Ascites wieder so stark, wie vor derselben.

6. Mai 1895 zweite Puntion bei einem Bauchumfange von 124 Cmt. Innerhalb 20—30 Minuten entleert 24 Liter ganz solcher hellgelben, klaren Flüssigkeit wie das erste Mal.

Dr. Bertenson untersuchte unmittelbar darnach und fand den Befund ganz so wie ich nach der I. Punction vor 6 1/2 Wochen. Die Leber klein, da sie auch bei tiefsten Inspirationen nur im Epigastrium fühlbar ist. Die Consistenz ist vermehrt aber nicht bis zu Steinhärte, etwas uneben aber nicht höckrig, nicht druckempfindlich. Milz nicht palpabel aber die Dämpfung vergrössert. Neu war der Befund einiger kaum wallnussgrosser, glatter, harter sehr beweglicher Knollen über dem Poupartschen Bande, die auch druckempfindlich waren. Zuerst konnten sie als Scybala imponiren, wirklich waren sie bei andauernden Diarrhoen nach 6 Tagen nicht mehr zu finden.

Nach der II. Punction dauert die Euphorie länger. Er erfüllt alle Berufspflichten und steigt immer die 4 Treppen rasch und ohne Dyspnoe. Am 25. Mai geht er auf Urlaub nach Hapsal.

Nach 3 Monaten zurück, unverändert. Die Punction hat jetzt monatlich ein Mal gemacht werden müssen. Durchfälle dauern fort Kräftezustand befriedigend. Der Unterleib bei der Rückkehr wieder ad maximum gefüllt.

6. Sept. 95 VI. Punction. 12 Liter derselben Flüssigkeit wie früher, nur ist sie viscider wie früher, dabei Untersuchung von Dr. Löwinson (Pat. wünschte allmählich der Reihe nach alle erfahrenen Aerzte Petersburgs zu consultiren, bis ihm dauernde Hülfe geschafft werde). Vor der Punction war nichts zu fühlen; unmittelbar nach ihr lassen sich im Unterleibe sehr viele harte, glatte sehr bewegliche, kuglige Tumoren von Wallnuss- Kleinfaustgrösse palpiren; der Druck auf dieselben kaum schmerzhaft. Leber nicht vergrössert, aber



auch nicht verkleinert, denn jetzt fühlt man mehr vom vorderen Rande; derselbe ist glatt etwas derber als normal, ebenso beschaffen ist die weitere Oberfläche. Milz nicht vergrössert, jedenfalls nicht palpabel. Die Inguinaldrüsen nicht geschwellt, kein Oedem der Beine. Löwinson hält alle Knollen für Carcinome, die vielleicht ausgegangen sind von einem primären an der Leberpforte mit Druck auf den Stamm der Vena portae oder Theile derselben. Eine Cirrhosis hepatis giebt er nicht zu.

Jetzt begannen sich Schmerzen im Unterleibe einzustellen, die bei linker Seitenlage am stärksten und beim Sitzen am geringsten waren. Die Schmerzen concentriren sich am meisten in der rechten Nierengegend mit Ausstrahlen nach innen. Der Urin ist normal. Durchfälle. Niemals Temperaturerhöhungen.

2. Oktober 1895 VII. Punction nothwendig, genau nach 4 Wochen. 18 Liter Serum ganz so klar wie früher, nur jetzt ohne den Stich in's Grünliche. Die Tumoren sind in den 4 Wochen grösser und zahlreicher geworden; nur dort, wo er die Schmerzen am stärksten fühlt (rechts, hinten, oben), da finden sich keine Tumoren; die meisten und grössten sind im Gegentheil links über dem Poupart'schen Bande.

24. Oktober. VIII. Punction nach 3 Wochen nothwendig. 18 Liter entleert ganz klaren Serums. Die Tumoren wieder bedeutend gewachsen, knochenhart sehr beweglich. Jetzt fühlt man auch unter der Leber einen wallnussgrossen Tumor, der aber so beweglich ist, dass er gewiss nicht die Ursache der Pfortadercompression gewesen ist. Die Leber ist jetzt vergrössert mit etwas erhöhter Consistenz und ganz glatt. In der Leber kein Carcinom, aber auch nicht im Pancreas (es fehlen die Schmerzen an der Stelle. der Icterus und der Zucker im Urin); auch in der Darmwand kein Carcinom, denn die Passage des Darminhalts ist ganz ungestört. Die Knollen stecken im Mesenterium und zerren wahrscheinlich durch ihr Gewicht an der Wurzel des Mesenteriums, daher dort die Schmerzen. Pat. ist jetzt sehr abgemagert und hat wenig Appetit. Durchfälle mässig.

16. Nov. 1895. IX. Punction wieder nach 3 Wochen. Die Tumoren jetzt so gross, dass die oberflächlichen auch vor der Punction gefühlt werden können. Die Tumoren jetzt noch viel zahlreicher und grösser, schon mehr aneinander liegend, so dass sie nicht mehr so beweglich sind.

Seitdem sind auch die Schmerzen viel geringer. 18 Liter entleert.

Die Punctionen selbst werden jetzt ganz ohne Shok vertragen.

Anfang December stellte sich Oedem der Füsse ein und Anfälle von Herzschwäche. Die Durchfälle sind ihm immer wie Erleichterung, daher weist er die Versuche sie zu stopfen zurück.

14. December 1895. X. Punction. 4 Wochen Zwischenzeit. 15 Liter ganz klaren, hellgelben Serums entleert, Tumoren so gross, dass sie nach der Punction, wenn der Pat. auf dem Rücken liegt, die vordere Bauchwand wie ein vorliegendes Gebirge vorwölben.

16. Januar 1896. XI. Punction, fast 5. Wochen Zwischenzeit. 15 Liter ganz klaren Serums. Tumoren noch grösser, wenig verschiebbar. Zunehmende Schwäche. Er geht aber noch umher.

10. Februar 1896. XII. Punction nach $3^1/_2$ Wochen. Serum unverändert.

Vom 3. März an bettlägerig, am 9. März Tod durch Erschöpfung.

10. März 1896. Section ausgeführt von Dr. Westphalen.

Section ausgeführt durch Dr. Westphalen.

Stark abgemagerte Leiche. Hautdecken blass, nicht icterisch. Panniculus adiposus stark reducirt.

In der Bauchhöhle colossale Mengen gelblichen, getrübten und fadenziehenden Transsudates. Nach Entfernung desselben zeigt es sich, dass das ganze Peritoneum parietale und viscerale überall spiegelnd, vielfach schiefrig pigmentirt ist und stellenweise frische Blutaustritte zeigt. Ausserdem ist das Peritoneum durchsetzt von zahllosen derberen und festeren, stellweise gelatinös weicheren Knoten. Sämmtliche Darmschlingen sind durch solche Geschwulstmassen von deutlich gelatinösem Charakter mit einander verbunden. Nach Entfernung der Flüssigkeit sieht man ferner, dass die Leber vom Zwerchfell abgedrängt und gegen die Medianlinie hin verzogen ist. Das grosse Netz ist stark verkürzt und durch Einlagerung zahlreicher Knoten verdickt.

Brusthöhle Rippenknorpel verkalkt. Knochenmark des Sternum blutroth und flüssig. Pleurahöhlen ohne abnormen Inhalt. Im Pericard einzelne Tropfen klarer Flüssigkeit. Das Herz, bis auf die Erscheinungen hochgradiger Trübung und brauner Atrophie des Herzmuskels, bis auf Sclerose der Coronararterien und Sclerose des Anfangstheils der Aorta — normal.

Lungen frei von Adhäsionen. Die Pleurae besäet mit grösseren und kleineren, stellweise etwas gelatinösen, flachen Tumoren, von Stecknadelkopf — bis Erbsengrösse.

In den Bronchien cylindrische Erweiterung, diffuse Schwellung und vielfache Ecchymosirung der Wand. Das Lungengewebe frei von Geschwulstknoten aber hochgradig venös-hyperämisch und ödematös. Etwas Emphysem. Im rechten Unterlappen fleckweise stärkere hyperämische und luftärmere Partien.

Die Pleura diaphragmatica zeigt gleichfalls einzelne Geschwulstmassen und ist das Diaphragma bis auf 2 cm. dick durch gelatinöse Massen durchsetzt. Bei der Entfernung der Bauchorgane in toto zeigt es sich nunmehr, dass die Dünndarmschlingen unter einander und mit den angrenzenden Theilen verbunden aber nicht verwachsen sind. Ferner erscheint das Mesenterium zunächst diffus verdickt, dann aber auch an vielen Stellen in bis faustgrosse Geschwulstmassen von rein gelatinös-schleimiger Beschaffenheit umgewandelt; doch sind diese Geschwülste nicht scharf abgrenzbar und stellweise auch dicker. Solche Geschwulstmasse findet sich in der Grösse einer Faust hinter dem Manubrium sterni ohne Beziehungen zu den angrenzenden Organen. Oesophagus unverändert. Die Magenwandung durch geschwulstartige Verdickung der Serosa diffus verdickt, Mucosa normal. Duodenum desgleichen. Leber von gewöhnlicher Grösse. Leberparenchym bis auf Trübung absolut normal. Gallenblase klein, enthält 2 kleine Steine und dickflüssige trübe Galle; diffuse Schwellung und Ecchymosirung der Wand. Ductus choledochus frei, ebenso die vena portae, in ihrer Umgebung einige gelatinöse Drüsen (?). Milz klein, Kapsel diffus verdickt. Gewebe unverändert. Hufeisenniere. Pancreas lässt in der Cauda diffuse gelatinöse Einlagerungen von hirnmarkähnlicher Beschaffenheit erkennen. Der ganze Dünndarm in ein $1-1^1/_2$ cm. dickwandiges starres Rohr umgewandelt. Dasselbe zeigt auch der Dickdarm. Nur so weit der Dickdarm frei von Peritonealüberzug ist, erscheint er ebenso wie auch die entsprechenden Theile des Duodenum von normaler Wandstructur. Bei genauer Betrachtung findet man, dass die besagte Verdickung der Darmwand zurückzuführen ist auf der Einlagerung gelatinöser, stellweise weisslicher, diffuser wie circumscripter Geschwulstmassen, die meist ausschliesslich in der Serosa gelegen sind, nur an einigen Stellen in das Darmlumen in Form flacher, nirgends ulcerirter Verwölbungen prominiren. Die Schleimhaut des Dünndarms im Grossen und Ganzen unverändert, nur im untersten Theile des Jleum und an einigen

Stellen des Colon findet sich leichte Schwellung und Injection der Mucosa während weiter abwärts im Colon deutlich atrophische Abschnitte der Mucosa sich erkennen lassen. An der Uebergangsstelle des Duodenum in das Iejunum findet sich ein kleinapfelgrosser breitbasig-polypös dem Darm von aussen aufsitzender Tumor zwischen Muscularis und Serosa mit Vorbuchtung der Serosa gegen die Peritonealhöhle. Auf dem Durchschnitte hat es den Anschein, als ob wir es hier mit älteren, dunkelrothen und entfärbten Blutgerinnungen zu thun haben. Die Verdickung der Darmwand ist so beträchtlich, dass das Aufschneiden des Darmes mit der Darmscheere einige Anstrengung erfordert; dabei collabirt der Darm nicht nur nicht, sondern, um in das Darmlumen zu sehen, müssen die Schnittwunden auch mit einer gewissen Anstrengung auseinandergebogen werden. Eine Darmschlinge als Ganzes bot beim Biegen ungefähr die Resistenz einer derben Nelaton-Schlundsonde dar.

Anatomische Diagnose nach der Section. Muthmaasslich diffuses Myxom oder Myxosarcom des Mesenteriums mit Verbreitung hauptsächlich im Bereiche des Peritoneum, Metastasenbildung in dem mediastinalen Zellgewebe, sowie Pleura, im Schwanzende des Pancreas. Compression im Pfortadergebiete, speciell im Bereiche der Mesenterial- und Netzvenen und secundärer Ascites. Subseröses Hämatom (oder hämorrhagisches Myxosarcom?) des Darms. Atrophie der Mucosa des Colon transversum und Cholelithiasis. Congenitale Hufeisenniere. Parenchymatöse Trübung und Degeneration des Herzens und der Leber. Bronchitis, diffuse Bronchiectasie und Lungenödem.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der veränderten Darmabschnitte erweist es sich, dass die Mucosa cadaveröse Erscheinungen darbietet, die Submucosa vollkommen normal erscheint. Zwischen der Serosa und der Muscularis findet sich ein Gewebe, welches in die Serosa selbst einerseits und andrerseits in die Muscularis eindringt. Dieses Gewebe zeigt zum Theil eine deutlich myxomatöse Beschaffenheit, besteht jedoch zum grössten Theile aus zahlreichen mittelgrossen Zellen mit meist einem, selten mehreren bläschenförmigen Kernen. Diese Zellen liegen zum grössten Theil meist unvermittelt neben einander ohne eine Spur irgend einer Intercellularsubstanz. Stellenweise ist das zellenreiche Gewebe von gefässführenden Bindegewebszügen durchsetzt. Dieses Gewebe, welches als ein typisches Sarcom zu deuten ist, zeigt sämmtliche Uebergänge zu den schleimigen myxomatösen Partien, und muss daher die ganze Neubildung als ein Myxosarcom gedeutet werden.

Im Mesenterium zeigen die Tumoren denselben histologischen Bau, nur erscheint das ganze Gewebe hier durchfeuchteter, die Zellen grösser und gequollener, auch finden sich relativ mehr Zellen, welche mehrere bläschenförmige Kerne aufweisen. Die Metastasen im Pancreas und in der Pleura schliessen sich in ihrer Structur vollständig dem Bau der Knoten im Mesenterium und Peritoneum an.

Der im Sectionsprotokolle erwähnte, an der Uebergangsstelle des Duodenum und Jejunum belegene hämorrhagische Knoten erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Myxosarcom mit ausgedehnter Hämorrhagie.

Zu einer gesicherten Diagnose kam es während des Lebens nicht. Die Krankheit bot keinem der vielen Aerzte die den Kranken untersuchten ein schon bekanntes Bild dar. Auch als die Tumoren schon gefühlt werden konnten, war ihre Natur nicht klar. Konnte es sich um Carcinom handeln, wenn der Ascites schon 2 Jahre vor dem Tode nachweisbar war, und der Kranke bis wenige Monate vor dem Tode gut ernährt aussah, guten Appetit hatte und voll arbeitsfähig war? Auch waren keine Anschwellungen benachbarter Lymphdrüsen da, keine Fieberbewegungen, keine erbliche Belastung. Die Ascitesflüssigkeit war nicht hämorrhagisch etc. Für Echinococcen waren die Geschwülste zu hart, gegen Tuberkulose sprach die Form der Tumoren, das Alter, die Fieberlosigkeit.

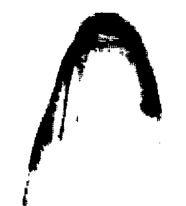
Die Section erwies Myxosarcom und zwar in der merkwürdigsten Anordnung. Neben unzähligen kleinsten, bis erbsengrossen disseminirten Knötchen besonders auf dem Peritoneum der vorderen Bauchwand gelegenenen, schon mehr diffuse, aber doch einigermaassen begrenzte, bis faustgrosse Geschwulstklumpen, die zwischen den Darmschlingen in den Buchten des hinteren Bauchraumes lagen, endlich aber vollkommen diffus flächenhaft angeordnete Geschwulstmassen, welche z. B. das grossse Netz nicht in seiner Gestalt veränderten, dasselbe aber zu einer starren Platte verwandelt hatten; ebenso waren die Darmschlingen für's Auge nicht verändert, ausser dass sie stark ausgedehnt erschienen, aber das Gefühl zeigte die Wand des Darmes durchweg bedeutend resistenter, so dass der Darm nicht collabirte, wenn man ihn aufschnitt.

Metastasen fanden sich auf der Pleura pulmonalis beiderseits und eine grössere Geschwulst im Schwanze des Pancreas. Leber, Milz, Nieren waren gesund. Hätte die Pancreasgeschwulst im Kopfe statt im Schwanze des Organs gesessen, so würde man sie als Ursache des Ascites anschuldigen; so bleibt es unklar, welche Geschwulstmassen speciell die grösseren Pfortaderwurzeln comprimirt hatten. Es ist ja möglich, dass das veränderte Peritoneum die Transsudation veranlasst hatte, aber dann ist es auffallend, dass dieselben Myxosarkome auf der Pleura keine Ergüsse in die Pleurahöhle hervorgerufen hatten. Freilich lässt sich gegen diesen Einwand das hervorheben, dass die Metastasen auf der Pleura viel jüngeren Datums waren, vielleicht nur einige Wochen alt — während im Bauchraume der Process 2 Jahre vor dem Tode schon begonnen haben muss.

Die geschilderte Ausbreitung des Myxosarcoms scheint bisher nicht beobachtet zu sein. Soweit es mir möglich war, habe ich die betreffenden Kapitel in den Handbüchern der allgemeinen und speciellen Pathologie, der patholog. Anatomie etc. darauf durchgesehen, aber keine derartigen Schilderungen gefunden, wie hier.

Eichorst hat die Kapitel Peritoneum und Ascites in der neuesten Auflage der Real-Encyclopädie der Heilkunde geschrieben — er erwähnt des Myxosarcoms des Bauchfells hier ebenso wenig wie in seinem Handbuche. Ebenso Ziegler. Nur bei 2 Autoren habe ich Myxome des Bauchfells beschrieben gefunden: Im Ziemssen'schen Sammelwerk, Band VIII II pag, 428 theilt Bauer einen von Ritter beobachteten Fall mit und dann Birch Hirschfeld im XVI Bande der Real-Encyclopädie 1898 pag. 322 einen selbstbeobachteten, aber in beiden Fällen war es eine grosse Myxomgeschwulst, die einen grossen Theil des Bauchraumes ausfüllte und die Organe desselben zur Seite drängte und comprimirte. Nur Orth in seinem I Bd. der pathol. Anatomie erwähnt ganz kurz bei den Krankheiten des Peritoneums, dass Myxome und Myxosarcome in flächenhafter Anordnung auf dem Peritoneum vorkommen. Leider ist nicht gesagt in welcher Ausdehnung, ob in ähnlicher wie im eben mitgetheilten Falle.

Wenn dieser also auch kein Unicum ist, so ist er doch ein Paradigma einer sehr selten vorkommenden Krankheit und beansprucht im Verein mit der Beobachtung während des Lebens wohl Interesse. Dadurch sei die so sehr ausführliche Mittheilung entschuldigt. Ueber die Veranlassung zur Entwickelung der Myxome und Myxosarcome im Peritoneum weiss man nichts. Ob in vorliegendem Falle die von Kindheit an bestehende Nei-



gung zu Diarrhoen eine Rolle gespielt hat?. Der Kranke hat sein Leben lang fast nie anders als mehrere Stühle täglich und meist recht dünnbreiige gehabt, was aber nicht hinderte, dass er bis zum 64. Lebensjahre ein wohlgenährter Mann, mit gesunder Gesichtsfarbe war, der nie auf sich viel Acht gab und viel arbeitete. Der Sectionsbefund am Dickdarm (die Schleimhaut im Colon ascendens normal, im C. transversum und descendens atrophisch) erklärt freilich diesen Widerspruch zum Theil wenigstens. Die verdauende und resorbirende Darmschleimhaut war bis zum C. transversum gesund, daher guter Ernährungszustand; von da abwärts war die Dickdarmschleimhaut krank — daher die abnorme Beschaffenheit des Darminhalts.

Virchow ist der erste, der darauf hinweist, wie reichlich das Schleimgewebe im fötalen Kindeskörper vorhanden ist, während es nach der Geburt rasch und vollständig schwindet, um festeren Geweben Platz zu machen. Im erwachsenen Menschen ist es nur noch im Glaskörper des Auges vorhanden. Aber das Schleimgewebe kann in verschiedenen Stellen des Körpers und in verschiedenem Umfange persistiren und wird dann, bei Sectionen als zufälliger Befund entdeckt. Ob die Myxome, progrediente Schleimgewebebildungen, nicht von solchen aus dem Fötalleben persistirenden Herden ausgehen? Vielleicht war im mitgetheilten Falle im Mesenterium etwa solches Schleimgewebe von der Geburt anwesend geblieben und vielleicht hatte dasselbe auf die dort verlaufenden Darmvenen einen permanenten Druck ausgeübt, welcher die lebenslange Neigung zu Diarrhoen veranlasst. Als aber das Schleimgewebe zuletzt zu wuchern und als Myxosarcom im Mesenterium und weiteren Peritoneum noch ganz anders die Gefässe zu comprimiren begann, da hatte sich dann der Ascites gebildet. Eine Compression des Pfortaderstammes als Ursache des Ascites liess sich jedenfalls nicht finden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

N. Ortner: Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. I. Band. 343 pg. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1898.

Unter obigem Titel hat Verf., Assistent der II. med. Klinik in Wien, dem jungen Arzte einen Führer in die Hand gegeben, welcher ihm in therapeutischer Hinsicht manches erklären und ergänzen soll, was in den üblichen Lehrbüchern vollständig übergangen, oder in zu wenig ausführlicher Weise behandelt worden ist. Die therapeutischen Massnahmen am Krankenbette sind daher in ausführlicherer Weise dargestellt und ihre Wirkungsweise erörtert. Die Form, in welcher der Stoff geboten wird ist eine angenehme, der Styl ein lebhafter. Viele Recepte werden das Buch dem Anfänger besonders werth machen. Dieser Band enthält die Therapie der Erkrankungen der Kreislaufsorgane, der Nieren, des Blutes und des Stoffwechsels. Die Verordnungen entsprechen durchaus den modernen wissenschaftlichen Anschauungen.

Kallmeyer.

R. Abel: Taschenbuch für den bacteriologischen Praktikanten. Vierte Auflage. Würzburg A. Stuber's Verlag 1898.

Diese neue Auflage des kurz und bündig gefassten, den practischen Bedürfnissen entsprechenden Büchleins ist den Fortschritten der letzten Jahre entsprechend umgearbeitet und mit einem Register versehen worden. Die klinischen Bedürfnisse sind besonders berücksichtigt worden, sodass das Taschenbuch mit Vortheil im Laboratorium benutzt werden wird.

K—r.

Vermischtes.

— S. Majestät der Kaiser hat dem Oberarzt der Nikolai-Generalstabs-Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Pokrowski, einen Brillantring mit dem Namenszuge Sr. Kaiserlichen Majestät zu verleihen geruht.

— Dem Director des Rigaer Lepraasyls, Dr. Adolph v. Bergmann, hat S. Majestät Allergnädigst geruht zu gestatten, den ihm verliehenen preussischen Rothen Adler-Orden IV. Klasse anzunehmen und zu tragen.

— Der Arzt des Ministeriums des Ackerbaues und der Reichsdomänen, wirkl. Staatsrath Dr. Tscherepnin, hat seinen Abschied genommen.

— Der bekannte Kliniker Prof. Dr. Lichtheim, Director der medicinischen Klinik aus Königsberg, weilte, wie wir einem Libauer Blatte entnehmen, in der vorigen Woche aus Anlass eines Krankheitsfalles einige Tage in Libau, wo er in seinem Absteigequartier von zahlreichen Patienten besucht wurde.

— Dem Director der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Urban, Sanitätsrath Dr. Koerte, ist der Professortitel verliehen worden.

— An der Wiener Universität sind die Privatdocenten Dr. Heitler (Therapeut), Dr. K. v. Limbeck (Therapeut), Dr. A. Felsenreich (Gynäkologe), Dr. Max v. Zeissl (Syphilidologe), Dr. F. Frühwald (Pädiater) und Dr. L. Frankl, Ritter v. Hochwart (Neuropathologe) zu titulirten ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Vor Kurzem beging in Danzig der Geheime Medicinalrath Dr. Heinrich Abegg, Director der dortigen Hebammen-Lehranstalt und Mitglied des Medicinalcolligiums der Provinz Westpreussen, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar ist vielfach auch literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Gynäkologie und der öffentlichen Gesundheitspflege.

— Bei der militär-medicinischen Academie ist zum Prof. für pathologisch Anatomie, an Stelle des verabschiedeten Dr. W. Afanasjew, Dr. P. A. Poljakow und zum Prof. für gerichtliche Medicin Dr. Kijanizyn gewählt worden. Ersterer fungirte bisher als Bibliothekargehülfe an der mil.-med. Academie, letzterer war in letzter Zeit Privatdocent an der Kiewer Universität.

— Der Bonner Prof. extraord. der Chirurgie, Dr. Robert Rieder, ist zunächst auf drei Jahre von der preussischen Regierung beurlaubt worden, um in der Eigenschaft eines «Inspecteur de l'ecole de médecine» und eines «Professeur de la clinique interne et externe» in türkische Dienste zu treten und dort durchgreifende Reformen in dem gesammten türkischen medicinischen Unterrichtswesen anzubahnen. Der als Hygieniker und Bacteriologe bekannte Dr. Deycke aus Hamburg wird als sein Assistent fungiren.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Verstorben: 1) In St. Petersburg Dr. Friedrich Wilh. Diestfeld im 65. Lebensjahre. 2) In Kiew der Corpsarzt des 9. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Popow, im Alter von 59 Jahren. Er übte seit 1862 die ärztliche Praxis aus. 3) In Twer die Aerztin Helene Solowjew, 50 Jahre alt, in Folge schwerer Verletzungen, die sie sich durch Sturz aus der Equipage beim Durchgehen der Pferde zugezogen hatte. 4) Im Curort Ciechocinek der jüngere Ordinator des Rigaschen Militärhospitals Modest Golubew im 29. Lebensjahre. Der Verstorbene war seit 1894 als Arzt thätig.

— Der von der Senckenberg'schen Stiftung in Frankfurt a/Main alle 4 Jahre zur Vertheilung gelangende Stiebel-Preis ist diesmal dem Oberamtsarzt Dr. Camerer in Urach für seine i. J. 1894 erschienene Monographie «Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums, meist nach eigenen Versuchen dargestellt» zuerkannt worden.

— Am 29. Mai n. St. wurde, wie wir der Prager med. Wochenschrift entnehmen, am Sauerbrunnen in Bilin (Deutsch-Böhmen), gelegentlich der Versammlung des Centralvereins deutscher Aerzte in Böhmen daselbst das Denkmal zweier der hervorragendsten Söhne der genannten Stadt, des Dr. Franz Ambros Reuss (Vater) und des Prof. Dr. August Reuss (Sohn), welche lange Zeit als Aerzte daselbst gewirkt haben, enthüllt. Der Erstere (geb. 1761. gest. 1830), welcher durch seine Balneologischen Schriften Mitgründer der wissenschaftlichen Balneologie Böhmens wurde, genoss nicht allein auf dem Gebiet der Heilkunde grosses Ansehen, sondern war auch durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Mineralogie und Geologie, namentlich durch sein grosses «Lehrbuch der Mineralogie» (8 Bände) weit über die Grenzen seiner Heimath bekannt. Sein Sohn August Reuss (geb. 1811, gest. 1873) fungirte anfangs ebenfalls viele Jahre als Stadt- und Brunnenarzt in Bilin und beschäftigte sich zugleich ebenso erfolgreich wie sein Vater mit der Mineralogie und Geologie, sodass er 1849 auf den neu errichteten Lehrstuhl für Mineralogie an der Prager Universität berufen wurde und später den entsprechenden Lehrstuhl an der Wiener Universität erhielt.

— Das unter dem Protectorat I. Kais. Majestet der Kaiserin-Mutter Maria Feodorowna stehende Curatorium der Für-

sorge für Blinde sendet, wie der «Walkscher Anzeiger» meldet, aus St. Petersburg eine Oculisten-Abtheilung nach Walk. Die Leitung dieser ambulanten Abtheilung ist Dr. A. Lezenius übertragen worden.

— Bezüglich der Aufnahme von Juden in die Moskauer Universität hat der Minister der Volksaufklärung weitere einschränkende Bestimmungen erlassen, nach welchen in jeder Facultät nicht mehr als 3% der Aufgenommenen Juden sein dürfen. Auch beim Uebertritt aus einer Facultät in die andere muss dieses Verhältuiss berücksichtigt werden. Nach der Berechnung der Mosk. Wed. werden in die Moskauer Universität im nächsten Semester nur 30 Juden aufgenommen werden, davon nur 7 in die medicinische Facultät.

— Die Taurische Landschaft plant die Errichtung eines Leprosoriums in Süd-Russland, da allein im Gouvernement Cherson sich gegen 50 Lepröse befinden.

— Der Rector der Odessaer Universität hat sich mit dem Vorschlage an die Odessaer Duma gewandt, die nöthigen Schritte zu thun, damit im Herbst nächsten Jahres die Eröffnung der medicinischen Facultät in Odessa erfolgen könne, denn im Laufe dieses Jahres wird das Gebäude für das anatomische Institut fertiggestellt werden.

— Das Conseil der Kasanschen Universität hat im Einvernehmen mit den Testamentsvollstreckern der Wittwe des Klinikers Winogradow beschlossen, die Allerhöchste Genehmigung einzuholen zur Abänderung des Testaments der Frau Winogradow in dem Sinne, dass das von ihr geschenkte Haus nicht zu verkaufen, sondern der Universität als Eigenthum zu überlassen wäre behufs Errichtung einer Speiseanstalt für 150 unbemittelte Studenten, sowie zur Gewährung freier Wohnung und voller Pension für zehn würdige Studenten.

— Die Annahme von Gesuchen um Aufnahme in die Zahl der Studirenden der militär-medicinischen Academie findet vom 1. Juni bis zum 1. Juli statt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Mai d. J. 7558 (20 mehr als in d. Vorw.), darunter 635 Typhus — (23 mehr), 782 Syphilis — (19 mehr), 138 Scharlach — (4 mehr) 114 Diphtherie — (5 mehr), 47 Masern — (5 wen.), und 35 Pockenkranke — (2 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis zum 30. Mai 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
372	303	675	137	79	113	13	8	26	57	53	60	48	45	21	10	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 21, Scharlach 20, Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 3, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 38.

Станція желѣзной дороги Мушина — Крыница — изъ Кракова 8 час. ѣзды — изъ Лемберга 10 часовъ — изъ Будапешта 12 часовъ. Почта (3 раза ежедневно), телеграфная станція. Аптека.

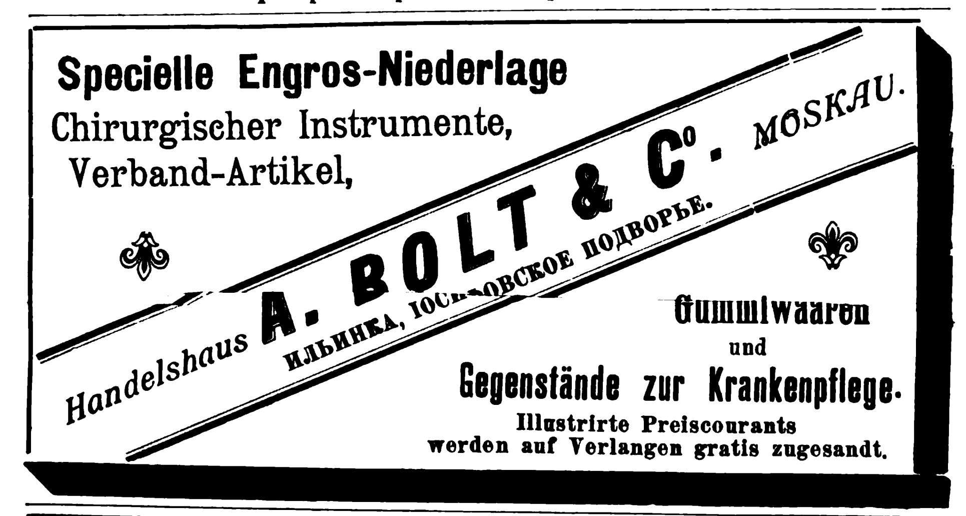
КРЫНИЦА.

Императорско-королевское заведеніе ключевое въ Галиціи.

Въ Карпатскихъ горахъ, 590 метр. выше уровня моря. — Отъ станціи желѣзной дороги одинъ часъ шоссейной дороги. На станціи удобная повозка. Лѣчебныя средства. Источникъ весьма крѣпкой щавелевой воды, известковой и магнезіово-содово-желѣзистой. Купальни минеральныя, весьма изобилующія угольною легкою кислотою, по методѣ Шварца нагрѣванія. (Въ 1897 г. выдано 43.500). Весьма дѣйствующія купальни боровыя (1897 г. выдано 16.400). Купальни газовыя изъ чистой угольной кислоты. Казенное Заведеніе гидропатическое подъ управленіемъ д-ра Еберга (въ 1897 г. выдано 12.000). Купальни рѣчныя. Климатъ подкрѣпляющій, подальпійскій. Воды минеральныя мѣстныя и всякія заграничныя. Кефиръ. Сыворотка овечья. Стерилизованое молоко. Лѣчебная гимнастика. Аптека. Врачъ заведенія д-ръ Л. Копффъ изъ Кракова; постоянный ординаторъ въ теченіе цѣлаго сезона. Сверхъ того 12 врачей вольно занимающихся лѣченіемъ. Помѣщенія слишкомъ 1500 комнатъ съ полнымъ комфортомъ, устроенныхъ по цѣнѣ отъ 60 цент. ежедневно и выше. — Домъ ключевой. Читальня. Рестораны. Частные пансіоны, гостиницы, кондитерскія. Костелъ католическій. Церковь. Постоянная музыка ключевая (Директоръ А. Вроньскій). Постоянный театръ. Концерты — прочитыванія — балы. Прогулки въ тѣнистыхъ окрестностяхъ Карпатъ. Пространный игловатый паркъ, образцово устроенный, около 100 морговъ пространства. Фреквенція въ 1897 г. 4950 лицъ. Сезонъ съ 15 Мая до 30 Сентября. Въ мѣсяцѣ Маѣ, Іюнѣ и Сентябрѣ цѣны купаній, квартиръ въ домахъ казенныхъ и блюдъ въ ресторанѣ ключеваго дома на 25% ниже. Въ мѣсяцѣ Іюнѣ и Августѣ не дѣлается для неимущихъ никакихъ облегченій, какъ то: освобожденіемъ отъ таксъ лѣчебныхъ и пр.

Разсылка водъ минеральныхъ Крыницкихъ съ мѣсяца Апрѣля до Ноября. Складочныя мѣста во всѣхъ большихъ городахъ въ краѣ и заграницей. Ближайшія объясненія по желанію сообщаетъ и брошюры и проспекты разсылаетъ.

Императорско-королевское Управленіе ключевое въ Крыницѣ.



ICHTHYOL

wird mit Erfolg angewandt:

bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Lungentuberkulose, bei Hals-, Nasen- und Augenleiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Die Ichthyol-Präparate werden von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch. Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg.

Dr. von Heinleth's
Chirurgisch-gynäcologische

PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem Garten gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für Kehlkopfleiden. **Soolbäder im Hause. Operationssaal** mit allen Mitteln moderner Technik auf's vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — Prospecte auf Wunsch. (40) 16—11.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschien:

Schultze, Prof. Dr. Fr., Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Zwei Bände. Erster Band: Destructive Erkrankungen des peripheren Nervensystems, des Sympathicus, des Rückenmarks und seiner Häute. Mit 53 zum Theil farbigen Textfiguren und 4 Tafeln in Farbendruck. gr. 8. 1898. geh. M. 12.—

Thiem, San.-Rath Dr. C., Handbuch der Unfallerkrankungen. Auf Grund ärztlicher Erfahrungen. Mit 108 Fig. im Text. gr. 8. 1898. Geh. M. 24.—

Jahrbuch der praktischen Medicin. Herausgegeben von Dr. Jul. Schwalbe. Jahrgang 1898. 8. Brosch. M. 15.—, in Leinwand. geb. M. 16.—

BAD-NEUENAHR
Dr. Wilh. Niessen.

Довв. ценз. Спб. 6 Іюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, 13. (25.) Juni 1898

Berichtigung.

In № 23, S. 215, Spalte 2, Zeile 30 u. 32 statt Prof. lies Prosector.

Zur Frühdiagnose der Gravidität.

Von

Dr. med. G. Reusner-Lemsal, Livland.

Gelegentlich einer Durchsicht der diagnost. Fortschritte im Jahre 1897 finde ich eine Mittheilung von Ch. P. Noble, Philad. Polycl. Mai, über die Frühdiagnose der Schwangerschaft schon in der 6. Woche. Noble verwerthet im besonderen zwei Zeichen.

1. Dass der Uterus den normalen Umfang nach vorn, hinten und den Seiten überragt, dass diese Vergrösserung regelmässig ist und mit dem Umfang des Collum deutlich contrastirt, und

2. dass ein Gefühl von Halbfluctuation besteht. Eine Fehldiagnose könne nur stattfinden bei Retention menstruellen Blutes oder bei Vorhandensein eines kleinen submucösen Fibroms, — doch zeigt sich erstere nur unter ganz besonderen Umständen und letzteres giebt keine Halbfluctuation und keine so völlig regelmässige Gestaltung des Uterus — auch bestehen zuweilen Metrorrhagien. Wenn gleichzeitig mit der Schwangerschaft ein Tumor oder Reste einer Pelveoperitonitis vorhanden sind, wird die Diagnose offen bleiben müssen.

Ich finde, dass sich die Symptome um eines bereichern lassen. Im Laufe einer Reihe von Jahren bin ich oft in die Lage gekommen in dieser Richtung Gutachten abzugeben und habe mich stets auch auf die Art der Pulsation an den seitlichen Uterusarterien im hinteren Scheidengewölbe gestützt. Die Pulsation dieser Gefässe, die der Uterina entstammen (man fühlt an jeder Seite des Uterus an der Grenze des Collum und Corpus uteri beginnend je eine Schlagader) ist am nicht graviden Uterus meist nicht schwer zu fühlen besonders bei stärkerer Vergrösserung des Uterus, Tumoren der Adnexa kurz vor Eintritt der Menses und unmittelbar nach Manipulationen am Uterus oder seiner Umgebung (genauer Beckenuntersuchung, Massage). — Exquisit deutlich ist dieses Pulsiren bei eingetretener Gravidität. — Schon in der 4. Woche nach der Conception ist dieses Pulsiren mir so charakteristisch erschienen, dass ich es zur Diagnose verwerthet habe.

Diese Arterien haben dann ungefähr die Stärke der Temporal-Arterien vor dem Tragus auriculae und nehmen in späterer Zeit noch an Stärke zu.

Vom 4. Monat der Gravidität ab habe ich diese Pulsation nicht mehr verwerthet und kann über dieselbe in der späteren Zeit der Schwangerschaft auch nichts mittheilen.

Die Verwerthbarkeit dieser Pulsation ist nicht stets leicht, da sie individuell entschieden nicht gleich ist und da die Pulsation unter den obengenannten Umständen deutlicher wird und so Uebergangsstadien in der Pulsations-Stärke und -Art entstehen können. Um dieses zu vermeiden wird der Untersuchende füglich zu Beginn einer gynaekologischen Untersuchung sich über die Pulsation dieser Arterien ein Urtheil schaffen müssen und nicht zum Schluss um einen Congestionszustand zu vermeiden. Ebenso wird eine Untersuchung bald post coitum und nach einer heissen Sitzwanne oder Irrigation das Kriterium trüben.

Um meine Beobachtung zu controlliren bitte ich den betreff. Collegen zunächst bei seinen Untersuchungen an Nichtgraviden diese Arterien aufzusuchen und sich den Charakter und die Stärke ihrer Pulsation einzuprägen. Bei nachherigen Untersuchungen an Graviden wird einem dann der Unterschied klar. Ich habe den Unterschied wenigstens sehr ausgesprochen gefunden.

Der Puls dieser Arterien bei Graviden hat auch einen anderen Charakter als an den anderen Schlagadern desselben Individuums. Die Welle erscheint steiler — wie beim Pulsus celer — und beziehe ich es auch auf eine reflectorische Erschlaffung der Arterienwand um dem

Uterus reichlicher Blut zuführen zu können. Offenbar handelt es sich zunächst um ein vicariirendes Verhalten der Arterie, das später einer Hyperplasie des Gefässes Platz macht. — Die Art der Pulsation erinnert sehr an das Verhalten von Arterien in der Umgebung entzündlicher Processe wie z. B. von Phlegmonen. Es handelt sich in beiden Fällen um eine Congestion und ergiebt sich auch daraus, dass bei acut entzündlichen Vorgängen am Uterus und der Adnexa die Art der Pulsation zum Kriterium, ob Gravidität eingetreten ist, nicht wird verwerthet werden können.

Ich benutze die Art der Pulsation mit Ausnahme der letzterwähnten Fälle stets zum Kriterium und entsinne mich nicht eine Fehldiagnose gemacht zu haben. Besonders leicht wird die Beurtheilung der Pulsveränderung bei Frauen die man schon früher untersucht hat und deren Puls an der besprochenen Arterie man kennt.

Zur Differenzialdiagnose zwischen Graviditas extrauterina und Cyste habe ich den Puls leider nicht stets verwerthet und entsinne mich zweier Fälle, wo ich fehl ging, möglicherweise weil ich den Congestionszustand zu wenig berücksichtigt hatte.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch bei Fällen letzterer Art die Berücksichtigung des Pulses zuweilen den Ausschlag geben kann. Auch bei der Differenzialdiagnose zwischen Gravidität und Haematometra wird ein kleiner nicht schnellender Puls für letztere sprechen wie auch bei gleichzeitigem Bestehen von Gravidität und Tumor oder bei älteren Resten von Pelveoperitonitis die Art des Pulses die Diagnose erleichtern wird.

Ein Fall von Hemmungsbildung der weiblichen Geschlechtsorgane.

Von

M. Hirschberg-Mitau.

Die Krankengeschichte, die hier mitgetheilt werden soll, enthält im anamnestischen und objectiven Theil so viele auffallende Momente, dass sie mir der Veröffentlichung werth erschien. Der objective Befund mag vielleicht mehr die gynäkologisch- entwickelungsgeschichtliche Aufmerksamkeit auf sich lenken, die anamnestischen Daten aber geben dem Gerichtsarzt Einblick in gewisse ihn angehende sociale Zustände.

A. Anamnese.

M. F. ist 20 Jahre alt, unverheiratet, hat bis zur Stunde keine Monatsblutung gehabt (18. April 1898). Etwaige Monatsbeschwerden hat sie nie empfunden. Ihre Schwestern bekamen die Menses mit c. 14 Jahren und haben dieselben regelmässig. Erhebliche Ansteckungskrankheiten hat sie keine durchgemacht. — Nominell ist sie Schneiderin, thatsächlich aber der gewerblichen Prostitution ergeben. Angeblich betreibt sie dieselbe seit 5 Monaten und spürt eine gewisse Libido, trotzdem sie beim Coitus stets Schmerzen und öfters Blutungen hatte. Der erste Beischlaf soll mit grösserem Blutverlust stattgefunden haben. Gute Freundinnen in Gestalt einer Wäscherin etc. hatten scharfblickend in ihr eine capitale Spezialität herausgefunden. Ein blühender Handel mit ihrer Virginität entwickelte sich.

Nicht all zu lange aber sollten die Freuden währen.

Sie klagt nun über sehr starke brennende Schmerzen beim Coitus und beim Stuhlgang und über einen Ausfluss aus der Scheide. Beim Harnen hat sie keine Schmerzen, auch ist dasselbe nicht häufiger geworden. Ueber die sonstigen Unregelmässigkeiten ihres Geschlechtslebens ist sie sich nicht bewusst. Sie fragt, ob sie noch die Regel haben würde und heiraten könnte.

B. Objectiver Befund:

1. Inspection:

M. F. ist von mittelgrosser Statur, zeigt ein gut entwickeltes Fettpolster und ausgeprägte Mammae. Haarbildung ist an den entsprechenden Theilen, wenn auch spärlicher als gewöhnlich, vorhanden. — Die Gegend um Vulva und Anus ist feucht schleimglänzend, geröthet und stellenweise macerirt. Am Damm erheben sich mehrere z. T. macerirte Condylomata acuminata. Ein grösseres, unmittelbar am hinteren Theil des Afters sitzendes, und sogar in denselben hineinwachsendes ist recht hoch und blutet.

Die Vulva ist etwas klaffend, die Labia majora sind normal, die minora rudimentär als zwei dünne bis ein Drittheil der Rima-Länge sich erstreckende Falten im oberen Theil zu sehen, nach unten fehlen sie ganz. Das Orificium urethrae ist verhältnissmässig erweitert. Die Gegend um den Introitus vaginae ist wohl zerklüftet und erinnert, wenn auch nicht ganz ausgesprochen, an Carunculae. Aus dem Introitus vaginae sieht man dicken grüngelben Eiter austreten, ebenso auf Druck aus den Bartholinischen Drüsen. Sonst ist äusserlich am Körper nichts Unnormales wahrzunehmen.

II. Innere Untersuchung.

Die Vagina lässt den untersuchenden Finger kaum bis zur Hälfte eindringen. Dabei ist starker Schmerz vorhanden. Die Wand der blind endenden Vagina fühlt sich drusig uneben an. Der zurückgezogene, untersuchende Finger ist mit dickem Sekret bedeckt, dessen microskopische Untersuchung Gonococcen in Masse aufwies. Auch aus dem After liess sich Sekret ausdrücken. Unter sehr starken Schmerzäusserungen muss der innere Theil der bimanuellen Palpation der Beckenorgane per Rectum vorgenommen werden. Das Resultat mehrmaliger Untersuchung war ein eher negatives. Weder liessen sich beiderseitig die Ovarien noch der Uterus genau heraustasten. Rechts schienen Stränge, ja sogar ein kleiner mandelförmiger Körper wahrnehmbar, aber als Ovarium oder Uterushorn konnten sie nicht mit Sicherheit angesprochen werden (der Befund konnte auch von zwei andern Collegen bestätigt werden).

III. Auscultation und Percussion des Herzens ergiebt nichts Anormales, ebenso die Untersuchung des übrigen Körpers.

Die Diagnose wird demnach lauten:

Rudimentäre Bildung der Ovarien, des Uterus, Atresie der hinteren Scheidenhälfte, Wachsthumshemmung der Labia minora.

Gonorrhoe des Vaginalblindsackes, der Vulva, der Bartholinischen Drüsen, des Rectum; Condylomata acuminata und Maceration der Dammhaut als Folge herabfliessenden Secretes.

Die Zweitheilung in der Diagnose ist durch die Verschiedenheit der pathologischen Processe bedingt.

Der zweite Theil der Diagnose: Die Gonorrhoe und ihre Folgeerscheinungen macht in der Deutung keine nennenswerthen Schwierigkeiten. Interessant ist die hier wahrscheinlich auftretende primäre Vaginalgonorrhoe. Symptome einer Urethritis sind nicht vorhanden; die Rectalblennorrhoe ist vermuthlich später entstanden. Bekanntlich leugnen manche Autoren überhaupt eine echte Vulvovaginitis bei Erwachsenen, weil die Vaginalhaut zu dickes und verhorntes Epithel besitzt: «Am leichtesten werden Schleimhäute mit einfacher Cylinderepithelbekleidung inficirt; also die Urethra, die Bartholinischen Drüsen und die Cervixschleimhaut. Trägt die Vagina und die Vulva den Charakter der Entzündung, so haben wir das meist als Anätzung von Seiten des Eiters aufzufassen[1]).

Es mögen in unserem Falle, wo von einer Anätzung seitens des Cervicalsecrets keine Rede sein kann, infantile Zustände einer zarten Epithelbildung vorliegen. Mir scheint aber die Epithelfrage nicht allein entscheidend zu sein für die Entstehung des Vaginaltrippers. Der Gehalt der Vagina an Drüsen[2]), die in der Tiefe Cylinderepithel tragen, und an, wenn auch nicht constant gefundenen, Lymphkörperchen[2]), die cavernöse Beschaffenheit der Columnae scheinen doch einen, wenn auch weniger als die Urethra und der Cervix, günstigen Boden für den Tripper abgeben zu können.

Wie interessant auch die gonorrhoische Vaginitis sein möge, für die Erwägung verwickelter wird aber der erste Theil der Diagnose. Der Befund stellt sich jedenfalls als eine entwickelungsgeschichtlich anatomische Hemmungsbildung dar. — Die geringe Entwickelung der kleinen Schamlippen entspricht einem Zustande, wie er im embryonalen Ausbau der beiden Geschlechtsfalten anzutreffen

---

[1]) Küstner: Grundzüge der Gynäcologie.

[2]) Preuschen und Ruge in Rauber, Lehrbuch der Anatomie und Eulenburg: Real-Encyclopädie, Artikel «Vagina».



ist [3]). Ein ausgebildetes Hymen scheint vorhanden gewesen zu sein. Der Vaginalsack mag künstlich intra coitum vertieft worden sein. Da die Vagina als eine Bildung der Müller'schen Gänge aufgefasst wird, welche in den Sinus urogenitalis münden, drängt sich nicht allein bei unserem Falle, sondern auch bei vielen ähnlichen, die Frage auf, wie kommt es, dass bei sonstiger atretischer Verkümmerung der Müller'schen Gänge gerade der Endtheil als Vaginalblindsack sich vollkommener formiert? Sollte nicht dieser Theil der Vagina eher dem unteren Abschnitt des Sinus urogenitalis angehören — also nicht zum Müller'schen Systeme? [4]) Normaler Weise würden sich hier die Müller'schen Gänge ansetzen, deren Zwischenwand allmählich schwindet, und den obern Abschnitt der Scheide, weiter den Uterus und, wo sie getrennt bleiben, die Tuben bilden. Das ganze System ist in unserem Falle strangförmig, atretisch oder getrennt geblieben, oder vielleicht auch gar nicht angelegt worden. Ebenso unbestimmt ist das beiderseitige Vorhandensein von Eierstockrudimenten. Da die Ovarien in keiner Weise funktionell sich geäussert haben, so scheint die Annahme nicht unberechtigt, dass sie auch anatomisch unentwickelt geblieben seien. Ob sie überhaupt da seien, oder rudimentär mehr weniger aus ihren Bestandtheilen — (Keimepithel der Leibeshöhle und Urnierenschläuche) [5]) — entwickelt, lässt sich klinisch natürlich nicht deuten. «Denn», sagt Bandl [6]), «fühlt man rechts und links kleine, rundliche, mandelförmige Körper, so fragt es sich, ob sie als Uteruskörper (bogenförmiges Rudiment) oder Eierstöcke, oder etwa Hoden zu deuten seien. Eine Aufklärung intra vitam ist hier meist unmöglich».

A. Martin [7]) beschreibt dem vorliegenden analoge Fälle: «andere wieder hatten eine ganz wohlentwickelte Vagina, die aber blindsackartig endigte, ohne dass darüber irgend welche Fortsetzung durchzufühlen war»; und weiter: «Nur in einer Familie habe ich die betreffenden zu Viragines entwickelt gefunden; es reiht sich diese Familie an die vereinzelten Beobachtungen der Litteratur über die Erblichkeit derartiger Hemmungsbildungen an!»

Allzuoft scheint man jedenfalls so vollständige, oder genauer, hochgradige Hemmungsbildungen der Keimdrüse, der Müller'schen Gänge und Geschlechtsfalten nicht zu sehen. In den Lehrbüchern sind sie der Vollständigkeit wegen wohl zu finden, aber meist nur andeutungsweise. In Monographien werden gewiss derartige Fälle ausführlicher und gründlicher behandelt worden sein. In der Provinz waren mir leider diese Quellen unzugänglich. Ueberaus viel Casuistik wird aber auch dort nicht da sein, weil man solche Kranke nur so nebenbei bei Gelegenheit anderer Erkrankungen oder eintretender Ehehindernisse zu sehen bekommt.

Referate.

C. Wild: Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen (Sammlung zwangloser Abhandlungen von Graefe. Bd. II. Heft 3).

L. Pincus: Ueber Constipatio myogenica s. muscularis mulierum chron. (Archiv f. Gyn. Bd. 53).

Trotzdem gerade aus dem Kreise der Frauenärzte Sänger schon im Jahre 1889 dringend vor dem Missbrauch der Abführmittel gewarnt und auf ihre Schädlichkeit bei länger fortgesetzter Anwendung hingewiesen, trotzdem Runge im vorigen Jahre Sänger's Erfahrungen vollauf bestätigt und sich seiner Mahnung angeschlossen hat, wird immer noch ein ganzes Heer von Frauen mit Rhabarber, Aloë, Coloquinthen gefüttert, resp. alljährlich nach Karlsbad, Marienbad und wie die schönen Orte alle heissen mögen, geschickt, um von dort zurückgekehrt, sich den Rest des Jahres mit ihrem Leiden wiederum zu plagen. Dieses kritiklose Vorgehen durch eine rationelle und ätiologisch begründete Therapie zu ersetzen, ist der Zweck beider oben citirten Arbeiten.

1) Wild weist auf die innige Beziehung zwischen Darmthätigkeit und Genitalfunction hin. Geringe Catarrhe der Geschlechtsorgane werden häufig allein schon durch Herstellung der normalen Darmfunction geheilt, andrerseits darf aber ein Genitalleiden ohne Herstellung normaler Darmthätigkeit nicht als geheilt betrachtet werden. Da nun erfahrungsgemäss wenigstens ein Theil der Obstipationen schon während des virginellen Lebens erworben ist, so ist prophylactisch hierauf Rücksicht zu nehmen. Zweckmässige Auswahl der Lebensmittel (Hülsefrüchte, Gemüse, Schwarzbrod), reichliche körperliche Bewegung und Verwerfung des die Athmung, Circulation und Darmbewegung hindernden Corsetts werden hier viel Gutes schaffen. Ein ferneres aetiologisches Moment ist das Wochenbett und zwar besonders das irrationell geleitete. W. empfiehlt prophylactisch zur Herstellung des Tonus der Bauchdeckenmusculatur vom 10. Tage des Puerperium Gymnastik derselben an. Hierzu lässt er mehrere Male täglich den Oberkörper aus flacher Lage ohne Zuhülfenahme von Arm und Händen aufrichten. Mehrgebärende, die frühere Wochenbetten ohne diese Uebungen durchgemacht, versichern, der Unterschied in ihrem Befinden sei ein ganz ausserordentlicher.

Was die Therapie der ausgebildeten Obstipation betrifft, so werden nach Vorgang von Sänger vom Beginn der Behandlung an die Abführmittel verworfen. Auch die in den ersten 6–8 Tagen häufig auftretenden Beschwerden und colikartigen Schmerzen veranlassen ihn nicht dazu von der Abstinenz abzuweichen. Die Cur selbst wird häufig durch ein Kussmaul-Fleiner'sches Oelklystier eingeleitet, die Diät geregelt und für ausgiebige körperliche Bewegung gesorgt. Die Nahrung muss einerseits leicht durch Magen und Darm weiterbefördert werden, andererseits aber auch auf den Darm einen genügenden Reiz ausüben können. Daher reichlicher Zusatz von Flüssigkeiten, Obst, Gemüse zu den Mahlzeiten und Aenderung der Reihenfolge in der Aufnahme der Speisen. Kommt W. mit diesen einfachen Massnahmen nicht zum Ziel, so hat er in der Galvano-Faradisation mit schwachen Strömen (5—10 M. A.) ein Mittel, das nach 6—12 Sitzungen niemals versagt hat. Die Anode kommt auf die Wirbelsäule, während die Kathode auf die tief eingedrückten Bauchdecken über der Flexur applicirt wird. Von der Massage hält W. wenig.

2) Pincus stellt der neurogenen beiden Geschlechtern eigenthümlichen Obstipation eine myogene gegenüber, die ausschliesslich dem weiblichen Geschlechte zukommt. Letztere ist bedingt durch traumatische Läsion des Beckenbodens (nicht allein des Dammes), wozu ergänzend hinzutritt angeborene resp. ebenfalls erworbene Schwäche der Bauchpresse. Während beim Manne der Levator ani eine trichterförmige Gestalt besitzt und durch Contraction den Sphincter ani quasi über die Kothsäule herüberzieht, ist seine Gestalt beim Weibe eine muldenförmige und senken sich seine Fasern im intraperitonealen Theil des Mastdarms in die longitudinale Muskelschicht desselben. Durch Contraction wird der Levator vollständig flach und die zwischen seinen Bündeln liegenden Hohlräume comprimirt. Durch die in den intraperitonealen Theil des Rectums eintretenden Kothmassen wird nun nicht nur die glatte Musculatur des Darmes sondern auch die quergestreifte des Levator zur Contraction angeregt; reflectorisch wird die Bauchwandmusculatur gereizt und der Inhalt durch Verstärkung des intraabdominalen Druckes in Folge ausgelöster Bauchpresse verhindert nach oben zu entweichen. Die im Darm vorhandene Masse wird nach unten gepresst und nach Ueberwindung des Widerstandes vom Sphincter kommt es zur Excretio faecium. Ist nun der Levator lädirt oder durch ischaemische Einflüsse in seiner Action herabgesetzt, so muss der Motus peristalticus des Darmes, da auch die reflectorische Erregung der Bauchpresse eine geringere, resp. bei Atonie der Bauchwand fast ganz aufgehoben, jetzt allein den Widerstand des sphincter überwinden. Die vermehrte Arbeitslast hat schliesslich Insufficienz d. h. Obstipation zum Endresultat. Die Diagnose dieser Levatorläsion ist durch palpatorischen Nachweis von Lücken zwischen den einzelnen Muskelbündeln zu stellen. Bei der blossen Inspection kennzeichnet sich der Zustand durch eine starke Abflachung der Afterspalte und durch starke Vorwölbung des Perineums beim Pressen.

Prophylactisch ist natürlich auf möglichste Erhaltung des Beckendiaphragma während der Geburt, so wie auf gute Involution der Bauchdecken nach derselben zu achten. In letzterer Beziehung warnt P. vor zu langem Tragen der Binden: 2 Monate hält er für das Maximum. Der Levator wird durch häu-

[3]) O. Hertwig. Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte. Abbildung S. 366. 13.
[4]) cf. Schröder. Gynäkologie. Abbildung im A. Martin.
[5]) P. Hertwig.
[6]) Eulenburg. Encyklopädie, Artikel «Uterus».
[7]) Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

fige Zusammenziehungen des Beckenbodens geübt. Bei den ausgebildeten Fällen von Obstipation wird die Cur ebenfalls durch Oelklystiere unter Umständen im Verein mit Ol. Ricini eingeleitet, denen sich oben genannte Zusammenziehungen des Diaphragma im Verein mit Zittermassage desselben, Steisshebungen, Knieschliessungen und Massage der Bauchdecken anschliessen. Die Cur selbst ist ausserdem vollständig exspectativ und besteht in völligem Entziehen der Abführmittel. Gewöhnlich tritt ein Ausgleich schon am 4., 5. Tage ein. Alle Details, wie: die Vorbereitung der Patientinnen vor der Cur, die bei derselben zu beobachtenden Vorsichtsmassregeln, das diätetische Verfahren, die Ausführung der Zusammenziehungen des Beckenbodens mit und ohne Widerstand von Seiten des Arztes, müssen im Original nachgelesen werden.

So weit Ref. bekannt, ist Pincus der erste, der mit Berücksichtigung der Anatomie und Physiologie, auf die Läsionen des Levator als eine der Ursachen der Obstipation hingewiesen, obgleich practisch diese Thatsache schon längst bekannt war und wir durch ein Pessar den Tonus des Beckenbodens bei Erschlaffung desselben herzustellen suchten. Uebrigens möchte Ref. auf die Pessarbehandlung in derartigen Fällen auch ohne dass die Folgezustände der Ptose: Retroflexio und Prolaps bestehen, hiermit hingewiesen haben, da sie häufig dem gesperrten Beckenboden einen genügenden Halt giebt, um ihn wieder seinen Functionen während der Defäcation gerecht werden zu lassen.

Christiani.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Finger und M. Saenger. Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter. I. Theil. Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne von Dr. E. Finger, a. o. Professor an der Universität Wien. Mit 8 Holzschnitten. Leipzig. Verlag von Arthur Georgi. 1898.

Lier und Ascher haben festgestellt, dass in 70% der von ihnen untersuchten Ehen den Mann die primäre Schuld an der Unfruchtbarkeit der Ehe traf. Von 132 Ehen, wo beide Ehehälften untersucht wurden, ergab sich Unfruchtbarkeit des Mannes durch Azoospermie in 42 Fällen (31,8%), durch Impotentia coeundi in 11 Fällen (8,3%). 41 Männer (31,1%) zeigten noch Erscheinungen gonorrhoischer Natur, inficirten die Frauen und machten sie dadurch steril, und nur 38 Männer (28,8%) traten völlig gesund in die Ehe.

Nach Besprechung der Physiologie der Sexualorgane behandelt Verf. ausführlich im ersten Abschnitt die Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Prognose und Therapie der Impotentia coeundi.

Der 2. Abschnitt handelt über die Impotentia generandi, über die männliche Sterilität aus pathologischen Veränderungen des Sperma, über die Sterilität aus Störung der Samenentleerung, Aspermatismus, und zum Schluss über die relative Sterilität.

Es ist ein sehr interessant geschriebenes Buch, und allen, die sich für diese Frage interessiren, auf das Wärmste zu empfehlen.

Fr. Mühlen.

A. L. Mendelson: Irrenpflege. Leitfaden für das Aufsichts- und Dienstpersonal der psychiatrischen Anstalten. St. Petersburg. Verlag v. C. Ricker. 1898. Russisch. Preis 1 Rbl. 188 pag.

Seit einigen Jahren steht die Frage über das psychiatrische Dienstpersonal auf der Tagesordnung; sie wurde namentlich in Deutschland energisch in Angriff genommen. Auch in Russland ist sie in Fluss gekommen und hat Verf. selbst regen Antheil an ihr genommen. Als weitere Frucht seines Vorgehens auf diesem Gebiete bringt er vorliegendes Buch. An Umfang und Ausführlichkeit übertrifft es die in deutscher Sprache bisher herausgegebenen Bücher gleichen Inhalts. Die Darstellung ist eine durchaus gelungene, sie ist übersichtlich und leichtverständlich, durchaus dem vorausgesetzten Leserkreise angepasst. Trotz dieser Vorzüge liegt die Befürchtung nahe, dass die Pfleger und Pflegerinnen, für welche das Buch doch in erster Linie berechnet ist, bei dem zur Zeit noch unter ihnen herrschenden Bildungsgrade, kaum mit einigem Nutzen es zur Hand nehmen werden. Für die Aerzte und Oberpfleger dagegen wird es bei der Anleitung und Schulung des niederen Dienstpersonals ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bilden. In 7 Capiteln wird alles Wissenswerthe geboten, nämlich: 1) Bau und Thätigkeit des menschlichen Körpers. 2) Kennzeichen und Ursachen einiger körperlichen Krankheiten, mit Hinweis auf ihre Verhütung. 3) Pflege von körperlich Kranken. 4) Erste Hilfeleistung in Unglücksfällen. 5) Geisteskrankheiten (Hauptsymptome und Hauptformen). 6) Anstalten für Geisteskranke. 7) Pflege der Geisteskranken.

Michelson.

Franz C. Müller: Die balneologische und hydropathische Behandlung der Neurasthenie. Halle, Marholds Verlag 1897, 50 S.

Müller ist Verf. eines Handbuchs der Neurasthenie eines guten Lehrbuchs der Hydrotherapie und eines allerdings weniger guten Handbuchs der Balneotherapie; er ist also wohl competent in dieser Angelegenheit mitzureden. Ueberall erkennt man seine gute sowohl practische als literarische Bekanntschaft mit seinem Gegenstande. Er referirt ziemlich vollständig die einschlägige Literatur und nimmt selbst Stellung zur Frage. Im balneologischen Theil bespricht er klar und ansprechend die Anzeigen und Gegenanzeigen für die verschiedenen Bade- und Trinkwässer, im hydrotherapeutischen Theil dagegen enthält er sich der eingehenden Rathschläge. Nur ein Arzt, der die physiologische Wirkung der Wasserapplicationen gut kennt und dabei ein guter Neurolog ist, kann einem Neurastheniker helfen. Er warnt hier mit Recht ganz besonders dringend vor der Schablone. Von der Wasserkur im Hause räth er dringend ab, ebenso warnt er vor den grossen Wasserheilanstalten, wo der Arzt keine Zeit zur wichtigen psychischen Beeinflussung habe. Ein Arzt könne höchstens 30 Neurastheniker gleichzeitig mit Nutzen behandeln.

Ferner ist für die balneologische sowohl als für die hydrotherapeutische Behandlung ein wichtiger Factor, dass die verschiedenen Individuen verschieden auf die verschiedenen scheinbar rationellen Badeformen reagiren, dass man dann nicht auf einer bestimmten bestehen soll, «dass der Arzt also vorerst sorgfältig ausprobiren muss — und in jedem Fall immer wieder von neuem — bis er zielbewusst vorwärts geht». «All diese Postulate zu erfüllen wird mitunter schwierig sein, dafür wird der Hydropath aber auch die Freude erleben, dass wenige Fälle von Neurasthenie durch seine Maassnahmen ungeheilt bleiben».

Das Büchlein wird jedem practischen Arzt, der seine Neurastheniker in Bäder schicken will, zur raschen Orientirung sehr nützlich sein.

Buch (Willmanstrand).

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 2. April 1897.

Vor der Tagesordnung theilt Kessler mit, dass er bei der Patientin mit Atresia hymenalis den Vorschlag Koppels zur Ausführung gebracht und das Lumen der Vagina mit steriler Flüssigkeit gefüllt hat. In der That gestattet das Verfahren eine viel genauere Vorstellung von der Weite der Scheide sich zu bilden. Statt der relativ dünnen Gewebsschicht liess sich nun die Vagina deutlich als fingerdicker Strang palpiren. Doch mahnt K. zur Vorsicht bei derartigen Injectionen, da es vorkommen könnte, dass bei stärkerem Druck Flüssigkeit durch Uterus und Tube in die Abdominalhöhle gelangt.

Zoege berichtet über einen Fall von Lipom des Kniegelenkes: Frl. B. K. führt die Erkrankung ihres Knie's auf einen vor 2 Jahren erfolgten Fall aus dem Schlitten zurück, wobei der rechte Fuss in demselben hängen blieb. Die darauf folgende Bahandlung bestand in Verband und Massage. Das Kniegelenk blieb steif, konnte nicht ganz gestreckt werden, deshalb nach Weihnachten gewaltsame Streckung in Narcose. Im Sommer 1895 brauchte Patientin Bäder in Kemmern, 1896 in Arensburg. Trotzdem Schmerzhaftigkeit bei gewissen Bewegungen, das Gelenk wird plötzlich in bestimmter Stellung unter heftigem Schmerz fixirt. Reibt und drückt Pat. dann das Knie, so kehrt die Beweglichkeit zurück. Vor 4 Monaten ist angeblich nach einem Stoss oberhalb der Kniescheibe eine quergestellte Anschwellung aufgetreten. — Status am 4. Febr. 1897: Pat. kräftig gebaut, gut entwickelt. Panniculus adiposus reichlich entwickelt. Herz, Lunge etc. normal. Beim Gehen lahmt Pat. stark. Stellung beider Kniee gleich, Ernährung beider Extremitäten ebenso. Rechts: Patella an normaler Stelle, die Gruben zu beiden Seiten wohl ausgeprägt, kein Erguss, keine Wackelbewegungen. Dicht am oberen Rand der Patella eine quere c. 2 Cm. breite Furche, auf welche proximal ein ebenso gelagerter Wulst folgt. Z. dachte zunächst an eine Absprengung des oberen Endes der Patella, doch sprach das Fehlen eines scharfen Randes (der Bruchfläche) dagegen. Der oberhalb der Furche gelegene quere Wulst, von derber Beschaffenheit, wenig druckempfindlich legte den Gedanken an einen vernarbten Sehnenstumpf (Sehnencallus) nahe. Es könnte sich um einen Querriss der Quadricepssehne handeln, doch verschiebt sich bei activer



Spannung des Muskels der Wulst nur wenig, auch lassen sich beide Ränder der Sehne deutlich abtasten. Eine vollständige Durchreissung der Sehne konnte mithin nicht stattgefunden haben, weshalb Z. an einen Riss in der Mitte der Sehne dachte. Ueber dem Condylus intern. tibiae eine weiche Vorwölbung. Bewegungen im Gelenk frei, bei sehr ausgiebigen passiven Knirschen. Z. nahm deshalb Derangement interne mit partieller Zerreissung der Quadricepssehne an, obgleich der Befund merkwürdig war und nicht ganz mit dem Symptomencomplex des freien Gelenkkörpers stimmte; so fehlte das Symptom der Ab- resp. Adductionsstellung, ebenso liess sich kein Defect abtasten, wie es meist der Fall ist, wenn eine Absprengung des Meniscus zur Bildung der Gelenkmaus geführt hat. Doch war das fast pathognomonische Zeichen, der plötzlich auftretende Schmerz mit Feststellung des Gelenkes in bestimmter Flexion vorhanden. — Operation: oberer Bogenschnitt von einem Condylus zum anderen, Freilegung der Quadricepssehne. Der Querwulst erwies sich als Lipom fibrösen Charakters, auf der Sehne sitzend und ziemlich fest mit ihr verbacken, z. Th. die Fascie mit hereinziehend. Exstirpation des Tumors, dann quere Durchtrennung der Sehne und Herunterklappen der Patella. Im Gelenk ein zweites Lipom vom Ligament. cruciat. resp. dem hinteren Recessus ausgehend. Das Lipom wird exstirpirt z. Th. auch das Lig. mucosum. Das übrige Gelenk frei, kein Erguss. Zum Schluss Catgutsutur des Lig. mucosum, der Kapsel und Quadricepssehne, sowie des oberen Recessus. Silksuturen der Haut. Heilung per primam. Beginn der Massage leider verzögert durch nervöse Anfälle. Vom 24. Tage an regelmässige Massage, dennoch wurde 10 Tage später gewaltsame Sprengung der Adhäsionen nöthig, worauf energische Massage den Schluss der Behandlung bildete. Am 12. März wurde Pat. geheilt entlassen.

Es handelte sich also um das verhältnissmässig seltene Lipom des Kniegelenkes. In der Litteratur ist eine Reihe von Fällen (16) veröffentlicht worden. Die Diagnose ist meist erst während der Operation gestellt worden, während sie vorher auf freien Gelenkkörper, Tuberculose etc. lautet. Schmolk, der in einer neueren Arbeit die bisher bekannt gewordenen Fälle zusammengestellt unterscheidet 1) ein diffuses Lipom, 2) ein solitäres Lipom. Ersteres entsteht durch Verfettung der normalen doch gewucherten Synoviazotten. Häufig erkranken die Zotten dabei tuberculös, ob es sich hierbei um primäre Lipombildung mit nachträglicher tuberculöser Infection handelt oder umgekehrt um Wucherung und Verfettung der Zotten in Folge einer tuberculösen Erkrankung ist noch fraglich. Charakteristisch ist die dunkelrothe Farbe des diffusen Lipoms. Das solitäre Lipom, wie es auch in unserem Fall vorlag, geht meist von der vorderen Wand des oberen Recessus aus, ist von gelblicher Farbe, von Synovia überzogen, zottig oder tumorartig. Nach Koenig handelt es sich um eine herniöse Einstülpung des subsynovialen Fettes. Zur Entstehung sei ein Trauma nicht unbedingt nothwendig, vielleicht sind hier andere Umstände von Bedeutung, wie allgemeine Adipositas etc. Der vorliegende Fall spricht nicht für König's Anschauung, das auf der Quadricepssehne sitzende Lipom war nicht subserös, sondern mit der Sehne fest verbacken. Hier dürfte die alte Ansicht von der Entstehung der Lipome durch Trauma eher passen. (zunächst Bindegewebsneubildung, die später fettig degenerirt) Z. erinnert des weiteren an die Cohnheimsche Theorie von der congenitalen Anlage der Tumoren und die Arbeit von Grosch, der nachwies, dass das Lipom vorzugsweise an Stellen auftritt, wo es weniger Talg- und Schweissdrüsen giebt, im gewissen Sinn also eine Retention von Fett stattfindet. In neuester Zeit hat man auch einen nervösen Ursprung der Lipome angenommen. Für die Lipome des Kniegelenkes sind nach Z. Meinung Traumen entschieden von ursächlicher Bedeutung, man kann sich vorstellen, dass dieselben zur Entstehung herniöser Vorstufen oder Bindegewebsneubildung, die später verfettet, führen. Zum Schluss Demonstration des exstirpirten Tumors und einer Reihe von Abbildungen der bisher veröffentlichten Fälle. Secretär: Lackschewitz.

Sitzung am 23. April 1897.

Truhart berichtet aus seiner gerichtsärztlichen Praxis. Es betrifft einen Giftmordversuch mit Atropin, interessant insofern als die Symptome der Atropinvergiftung ziemlich vollständig zur Beobachtung kamen. Vortragender giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die Verwendung der Tollkirsche, deren Wirkung seit 3 Jahrhunderten bekannt ist. Schon damals sind versehentliche und absichtliche Vergiftungen mit derselben vorgekommen, die in unserem Jahrhundert besonders seit der im Jahre 1820 erfolgten Entdeckung des wirksamen Bestandtheiles, des Atropin, an Zahl sehr zugenommen haben. Er erinnert ferner an die Zusammenstellung der Vergiftungsfälle von Meinhard Feddersen, die den Zeitraum von 1850—1884 behandelt, Koppels Arbeit, der über 150 Fälle aus den Jahren 1880—1889 berichtet, endlich Ströhmberg's Veröffentlichung in der St. Peters. med. Wochenschrift u. s. w. Nach der Statistik Feddersen's, welche eine Mortalität von 11·7% ergiebt, handelt es sich unter 103 Fällen 19 mal um absichtlichen Mord (9 mal Giftmord 10 mal Selbstmord) und 84 mal um zufällige Intoxication. Die Letztere kam in der Mehrzahl der Fälle durch Schuld der Patienten zu Stande, welche das meist als Collyrium verschriebene Alcaloid innerlich nahmen.

In dem vom Vortrag. vor bald 17 Jahren in Fellin beobachteten Falle handelte es sich um einen absichtlichen Atropinmordversuch in der örtlichen Apotheke. Der Provisor derselben bat T. den Lehrling C. A. zu untersuchen, da derselbe über Sehstörungen, Umflortsein der Augen etc. klage. Es fand sich leichte Injection der Bindehaut, maximale Erweiterung der Pupillen, die auf Licht nicht reagirten, beschleunigte Herzthätigkeit, Trockenheit der Rachen- und Mundschleimhaut, Schlingbeschwerden. Dabei klagt Pat. über Benommenheit. Atropingebrauch resp. zufällige Berührung mit demselben konnte anamnestisch ausgeschlossen werden und es musste deshalb an eine Gesammtintoxication gedacht werden. Auf eingehendes Befragen gab Pat. an, vor c. ½ Std. ein Glas Bier mit dem Gehülfen getrunken zu haben, worauf sich bald Rauhheit im Halse und Schluckbeschwerden eingestellt hatten. Später erfuhr T. dass Pat. denselben Gehülfen am Tage vorher wegen Cassendefraudation beim Besitzer der Apotheke denuncirt hatte. Alles dies legte den Gedanken an eine absichtliche Vergiftung nahe.

Pat. wird zunächst auf sein Zimmer geschickt, wohin er sich unsicheren Schrittes begiebt, bekommt einen Aufguss schwarzen Kaffe's, eine Eisblase auf den Kopf und ein heisses Fussbad. Die Flasche aus welcher Pat. getrunken hat, wird unter Verschluss genommen und der Stadtarzt herbeigerufen. Während dieser Zeit (c. 20 Min.) hat sich das Befinden des Pat. geändert: er ist unruhig, das Gesicht stark geröthet, die Augen starr, maximale Mydriasis, Athmung frequent, Puls 154., Haut von einem roseolaartigen Exanthem bedeckt, Hallucinationen, Reizerscheinungen von Seiten der Geschlechtssphäre. Pat. erhält alle 10 Min. 2½ Gran Cupr. sulf. (3 mal) bis Erbrechen erfolgt. Die erbrochenen Massen werden in reinem Gefäss aufgefangen und dasselbe gut verschlossen. Die Unruhe nimmt zu, Pat. schlägt um sich, Convulsionen, Puls unzählbar. Ihm werden 10 Tropfen von einer Mischung Extract. calabaris mit Glycerin (3 Gran auf ½ Drachme) eingeflösst, also 1 Gran des Extractes. Nach 8 Minuten macht sich die Wirkung bemerkbar. Pat. wird allmählich ruhig, Roseola schwindet, Puls 140, fällt bis auf 120. Dann tritt von neuem Unruhe ein, unmotivirtes Lachen, Schwatzen, Flockenlesen. Pulsfrequenz steigt abermals auf 152. Nochmalige Application von 7 Tropfen der Calabarextractlösung, deren Wirkung abermals prompt einsetzt. Katheterismus: der erhaltene Harn wird aufgefangen und verwahrt. Am Abend ist Pat. ruhig, antwortet auf Fragen. Puls 120, Temp. 37.5. Trockenheit in Mund und Hals, Lichtscheu. Späterhin nochmals leichte Unruhe, unnatürlicher Bewegungstrieb, der eine Morphiuminjection nöthig macht. Von Mitternacht an ruhiger Schlaf, Puls 76, um 2 Uhr flüssiger Stuhl (Cuprumwirkung). Am anderen Morgen ist Pat. relativ munter, es erinnern nur noch eine gewisse Abgeschlagenheit, leichte cerebrale Störungen, Lichtscheu und Gelbscheu an die schwere Intoxication, welche Symptome in den nächsten Tagen ebenfalls völlig schwanden.

Das Atropin, das bekanntlich durch den Harn ausgeschieden wird, musste sich in demselben nachweisen lassen. Es wurde deshalb einer Katze in das eine Auge ein Tropfen des mit dem Katheter entnommenen Harn's geträufelt, in das andere ein Tropfen des Restes der Flasche, aus der Pat. getrunken hatte. Nach 3 Std. fand sich deutliche Pupillenerweiterung des Auges, in welches Harn geträufelt worden war, während sie am anderen Auge fehlte. In dem Rest des Flascheninhaltes fand sich also kein Atropin, doch war derselbe wasserklar. Die Flasche war offenbar ausgespült worden, was die Absichtlichkeit der Vergiftung noch wahrscheinlicher machte.

Vortragender recapitulirt die Symptome der Atropinvergiftung, die sich durch rasche Steigerung im Beginn auszeichnen. Trockenheit der Haut und Schleimhäute, Röthung des Gesichtes, roseolaartiges Exanthem, Sehstörungen, Mydriasis, Chromopsien, Kopfschmerz, Schwindel, Delirien cerebrale Reizerscheinungen, die sich bis zur Tobsucht steigern können und bespricht dann die verschiedenen, dem Atropin verwandten Alcaloide Hyoscyamin, Duboisin, Scopolamin, sowie die Unterschiede derselben in ihrer Wirkung dem Atropin gegenüber.

Zum Schluss giebt er eine Uebersicht über die physiologischen Wirkungen des Atropin's speciell auf Auge und Herz, erörtert die Prognose und Therapie der Atropinvergiftung, die pathologisch-anatomischen Befunde, endlich den Nachweis des Alcaloid's im Harn, woselbst dasselbe nach der Vitalischen Methode noch in Spuren von $^1/_{100}$ Mgr. constatirt werden kann. Secretär: Lackschewitz.

VI. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Strassburg am 31. Mai, 1. und 2 Juni 1898.

Nach einer dreijährigen Pause tagte die deutsche dermatologische Gesellschaft in diesem Jahr in Strassburg, wo sich gewiss Dank der Pfingstfeiertage eine grosse Anzahl von Mitgliedern der Gesellschaft, darunter fast die meisten Professoren der Dermatologie und Syphilis Deutschlands und Oesterreichs eingefunden hatten. Als Hauptthema des ersten Tages war die Acnefrage aufgestellt worden, wofür Touton und Veiel Referenten waren. Touton scheidet aus der grossen Menge verschiedenster, von den Autoren als Acne beschriebener Krankheiten die meisten aus und will diesen Namen nur für entzündliche, zur Eiterung tendirende, primäre Affectionen der Haarbalgfollikel gewahrt wissen, als deren Typus er die Acne vulgaris ansieht und wozu er noch die Jod-, Brom-, Theeracne etc. rechnet. Die Hauptursache für die Entstehung der Acne liegt nach ihm in einer angeborenen Disposition der Haut, während die verschiedenen inneren und äusseren Momente nur als Gelegenheitsursachen zu einzelnen Nachschüben einer schon bestehenden Acnekrankheit zu betrachten sind.

Veiel als Correferent legt bei der Behandlung der Acne das Hauptgewicht auf diejenige der inneren Krankheiten, trotzdem wir den Zusammenhang der Acne mit den inneren Krankheiten nicht nachweisen können. Von den äusseren Mitteln sah er die besten Erfolge vom grauen Quecksilberpflaster und Schwefel. Aus der Discussion ging hervor, dass im grossen Ganzen Touton's Ansicht anerkannt wird und dass bei der Therapie die Meisten der Schälmethode den Vorzug geben, wozu sie verschiedene Pasten verwenden. Barlow hat von Dampfbädern gute Erfolge gesehen und Saalfeld demonstrirte einen besonderen Apparat, welcher das Gesicht allein einer Dampfwirkung auszusetzen ermöglicht. Unter den sonstigen Vorträgen des ersten Tages regte derjenige von Caspary über Dermatitis exfoliativa universalis zu einer lebhafteren Debatte an. Nach Caspary giebt es Krankheitsformen, welche als eigenartige Dermatitis exfoliativa universalis aufgefasst werden müssen. Letzterer Punkt wurde von Havas und Kaposi beanstandet. Kaposi giebt das Vorkommen solcher Formen zu, sieht aber die Dermatitis exfoliativa nicht als das Primäre an. Am zweiten Tage gab die Frage nach der Gonorrhoebehandlung zu einer vielseitigen Aussprache Anlass.

Neisser stellte als Referent über diese Frage ungefähr folgende Thesen auf:

1) Es müsse eine antibacterielle Lokalbehandlung der inficirten Schleimhaut möglichst bald nach der Infection einsetzen und zwar sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen.

2) Als die besten Medicamente haben sich die Silbersalze und unter diesen speciell das Argonin und das Protargol erwiesen.

3) Die antibacterielle Frühbehandlung schliesst die Verwendung von Adstringentien in späteren Stadien nicht aus.

4) Für das Gros der Gonorrhoefälle geschieht die Behandlung der acuten männlichen Gonorrhoe am besten durch die Injectionsmethode und zwar:

a) mit grossen, mindestens 10 cm. fassenden Spritzen, b) in der Form prolongirter Injectionen (zweimal täglich eine halbe Stunde). Gerade für diese Zwecke eignet sich das Protargol in hervorragender Weise.

5) Die der Crede'schen Methode analogen Blokusewski-schen Einträufelungen verdienen eine grössere Verallgemeinerung.

Die Discussion lief vor Allem darauf hinaus, ob das Protargol tauge und ob die antibacterielle oder adstringirende Behandlung, welche namentlich von Behrend gerühmt wird, vorzuziehen ist. Zu einer Einigung kam es nicht, aber so viel ging hervor, dass die Meisten mit dem Protargol befriedigende Resultate erzielt hatten, einige aber unbefriedigende. Als Specificum ist dieses Medicament jedenfalls auch nicht anzusehen. Die Majorität sprach sich für eine antibacterielle Behandlung aus. Der Präventivbehandlung wurde von verschiedenen Seiten das Wort geredet. Vielfache Besprechung fand dann noch die von Neisser nicht berührte Frage von der Erlaubniss zur Eheschliessung. Die Mehrzahl ertheilt den Eheconsens, wenn selbst nach provocatorischen Injectionen kein Gonococcennachweis stattfindet, wobei aber mehrfache Untersuchung als selbstverständlich gilt. Koppe verweigert die Ehe so lange sich noch Filamente im Urin finden. Schöne Projectionen von Heller zur Pathologie der Nägel und von Max Joseph über Hautsarcom bildeten den Schluss der Sitzung des zweiten Tages. Der dritte und letzte Tag bot durch eine reiche Demonstration seltener Hautfälle und auch Moulagen von solchen die Krone des Ganzen. Berücksichtigt man noch die liebenswürdige Aufnahme seitens des Leiters des Congresses, nämlich von Prof. Wolff und auch seitens der Stadt und des unterelsässischen Aerztevereins so wird wohl jedem Theilnehmer am Congress derselbe in freundlicher Erinnerung bleiben. Arth. Jordan — Moskau.

Vermischtes.

— Der Director des Medicinaldepartements, Geheimrath Dr. L. Ragosin hat sich mit Urlaub auf zwei Monate in's Ausland begeben.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Facultät, Dr. K. Slawjanski ist von der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie in Berlin zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— Der Professor für interne Medicin und Director der therapeutischen Klinik an der militär-medicinischen Academie, Dr. Leo Popow, giebt nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist seine Lehrthätigkeit an der genannten Academie auf. Zu seinem Nachfolger ist, wie verlautet, Professor Dr. S. S. Botkin, welcher gegenwärtig den Lehrstuhl für Bacteriologie und Infectionskrankheiten bekleidet, in Aussicht genommen. Er erhält somit denselben Lehrstuhl und dieselbe Klinik, welche sein Vater S. P. Botkin von 1866—1889 inne hatte.

— Professor Dr. S. D. Kostjurin ist von dem Amte des Directors des Mineralbades Slawjansk zurückgetreten; zu seinem Nachfolger ist von der Stadtduma der Charkower Kliniker, Prof. emer. Dr. A. Ch. Kusnezow gewählt worden. (Wr.)

— Die ausserordentlichen Professoren der Moskauer Universität Dr. Zograf und Dr. Mensbier sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer auf dem Lehrstuhl der Zoologie, letzterer für vergleichende Anatomie.

— Der Prosectorgehülfe Dr. M. M. Pokrowski (Moskau) hat sich als Privatdocent für pathologische Anatomie an der Moskauer Universität habilitirt.

— Verstorben: 1) In Wilna der Reservearzt des Militär-Medicinalressort Dr. Abraham Lipski im 32. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Wilna und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1885—93 studirte. Nach Absolvirung seiner Studien liess er sich in seiner Vaterstadt als Arzt nieder. 2) Am 23. Mai in Irkutsk an croupöser Pneumonie der Arzt der Transbaikal-Eisenbahn Benedikt Nikolajew, welcher seit 1890 die ärztliche Praxis ausübte. 3) Am 14. Mai in Sweaborg der Oberarzt des Festungs-Infanterie-Bataillons W. K. Lasarew im Alter von 45 Jahren. Er hat sich aus unbekannter Ursache mit Morphium vergiftet. 4) In Reppentin in Mecklenburg der bekannte Pathologe Dr. Friedrich v. Zenker, ehemaliger Professor der pathologischen Anatomie in Erlangen, im 73. Lebensjahre. Z. Verdanken wir die Entdeckung der Trichinenkrankheit. Im Jahre 1860 machte er nämlich die wichtige Beobachtung, dass der Tod einer in Dresden angeblich an Typhus verstorbenen Person in Wirklichkeit durch Trichinen erfolgt war. Seine damals veröffentlichte Arbeit «Ueber die Trichinenkrankheit des Menschen» war epochemachend, denn sie lieferte zuerst das richtige Krankheitsbild und constatirte die Gefährlichkeit dieser Krankheit. Nach seiner grossen Entdeckung erhielt er die Professur an der pathologischen Anatomie in Erlangen, welche er bis zum Jahre 1895 inne hatte.

— Der Professor der Psychiatrie Dr. Bechterew wird von der militär-medicinischen Academie an den Ural abcommandirt behufs Erforschung der Ursachen des Cretinismus daselbst.

— Unter den Candidaten, welche die medicinische Facultät der Universität Lemberg (Oesterreich) für den erledigten Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie in Vorschlag gebracht hat, befindet sich auch Dr. Franz Neugebauer aus Warschau. N. hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er 1880 auch die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann behufs weiterer Vervollkommnung mehrere Jahre seine Studien im Auslande fortgesetzt, liess er sich 1881 als Arzt in Warschau nieder, wo er auch einige Zeit als Assistent an der dortigen geburtshülflichen und gynäkologischen Klinik fungirte.

— Der Privatdocent der Chirurgie an der Universität Tübingen Dr. Hofmeister und der Privatdocent der Hygiene an der Universität Bonn Dr. Walter Kruse sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Dem Director des St. Joseph-Krankenhauses in Potsdam, Dr. Gustav Alberti, ist der Professortitel verliehen worden. A. ist ein ehemaliger Assistent Prof. Bardelebens und vielfach literärisch, namentlich auf dem Gebiet der Chirurgie, thätig gewesen.

— An den letzten Maiunruhen in Mailand ist auch eine russische Aerztin Anna Michailowna Kulischewa betheiligt gewesen und als eine Hauptanstifterin der socialistischen Umtriebe vor ein italienisches Kriegsgericht gestellt worden, welches vor Kurzem die Verhandlungen in dieser Sache begonnen hat. Aus der Anklageacte geht hervor, dass Frau Kulischewa aus Moskau gebürtig, 42 Jahre alt ist



und 1885 in Mailand sich niedergelassen hat, nachdem sie vorher in verschiedenen europäischen Residenzen und grossen Städten Italiens sich aufgehalten hatte. In Mailand trat sie alsbald in nahe Beziehungen zu dem socialistischen Deputirten Andrea Costa und darauf zu einem andern Socialisten, Turati. Als eifrige Socialistin und Propagandistin revolutionärer Theorien schrieb sie Zeitungsartikel, betrieb die Gründung revolutionärer Clubs und nahm an allen socialistischen Versammlungen Theil, so dass sie i. J. 1894 aus Italien ausgewiesen werden sollte. Bei dem letzten Maiaufstande thaten sich die Arbeiter der Fabrik Pirelli, welche die Kulischewa für ihre revolutionären Ideen gewonnen hatte, besonders hervor, namentlich auch die Weiber, auf welche sie einen grossen Einfluss hatte. In Folge dessen ist die Kulischewa angeklagt der offenen Aufreizung zu gewaltsamem Umsturz der staatlichen Ordnung und zu bewaffnetem Aufstande der Bevölkerung gegen die Regierungsgewalt, wofür ihr nach dem italienischen Criminalcodex eine Gefängnissstrafe von 12—18 Jahren und eine Geldstrafe im Betrage von 1000—3000 Lire droht. (Now. Wremja v. 10. Juni).

Am 4. Juni wurde hierselbst der Congress russischer Eisenbahnärzte eröffnet. Die Leitung der Verhandlungen des Congresses, dessen Tagesordnung 22 Fragen umfasst, ist dem Ober-Medicinalinspector der russischen Eisenbahnen Geheimrath Dr. Golowin übertragen worden.

— Die Sanitätsaufsicht über die städtischen Elementarschulen in St. Petersburg war im Jahre 1897 fünfzehn Schulärzten übertragen, welche an bestimmten Tagen die Schulen besuchten, die Schüler und Schülerinnen besichtigten und erforderlichen Falls ärztliche Hülfe leisteten. Jeder dieser Aerzte hatte 23 Schüler zu beaufsichtigen. Die Mortalität war in den städtischen Elementarschulen im vorigen Jahre eine überaus grosse: von ca. 200,000 Schülern und Schülerinnen erkrankten allein an Infectionskrankheiten (Dyphtherie, Scharlach, Masern) 4408 d. i. ca. 20%. Die Hülfe der Schulärzte wurde im Ganzen 33,036 mal in Anspruch genommen, so dass jeder Arzt im Laufe des Jahres im Durchschnitt 2200 mal von der Schuljugend consultirt wurde.

— Am 7. Juni fand in Charkow die Grundsteinlegung zu einem Hospital für Geisteskranke, für dessen Bau die Landschaft 200,000 Rbl. ausgesetzt hat statt. Das Hospital ist für 162 Kranke berechnet.

— In Odessa wurde am 7. Juni ein Asyl für alte und arbeitsunfähig gewordene barmherzige Schwestern eingeweiht, das von der örtlichen Abtheilung des Rothen Kreuzes errichtet worden ist.

— Der russische Medicinalrath hat in Anbetracht der Schädlichkeit des Gebrauchs von Nahrungsmitteln, welche mit Anilinfarben gefärbt sind, die Anwendung dieser Farben zur Färbung von Nahrungsmitteln und Conditorwaaren, sowie von Weinen und anderen Getränken verboten.

— Die österreichische Regierung hat die Einfuhr und den Verkauf des Saccharin's sowie aller ähnlichen stark süssenden Präparate (Methyl-Saccharin, Dulcin, Krystallose etc.) verboten. Dieselben dürfen künftig nur aus den Apotheken und Droguenhandlungen unter Beobachtung der für stark wirkende Mittel haltenden Bestimmungen abgelassen werden.

— An den medicinischen Fakultäten Frankreichs studiren gegenwärtig 8064 Personen, darunter 399 Frauen. Von diesen Medicinstudirenden stammen 566 Männer und 168 Frauen aus dem Auslande.

(Revue méd. Wr.).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Juni. d. J. 7602 (44 mehr als in d. Vorw.), darunter 632 Typhus — (3 wen.), 827 Syphilis — (45 mehr), 133 Scharlach — (5 wen.) 125 Diphtherie — (11 mehr), 44 Masern — (3 wen.), und 30 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Mai bis 6. Juni 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
382	298	680	117	87	105	21	12	19	67	55	35	34	41	22	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 17, Scharlach 12, Diphtherie 33, Croup 1, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 6, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 58, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 120, Todtgeborene 30.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

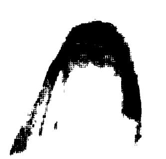
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 13 Іюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St.Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, 20. Juni (2. Juli) 1898

Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen.

Von

Dr. P. Hellat.

Vorgetragen am 25. Nov. 1897 im Ver. St. Petersbg. Aerzte.

Seit Wilhelm Meyer in Kopenhagen seine erste Patientin durch die Entfernung der adenoiden Wucherungen von ihrem schweren Leiden befreite, ist Tausenden durch die nämliche Operation zu einem glücklicheren Dasein verholfen worden und der ersten meisterhaften Schilderung der bis dahin unbekannten Krankheit aus der Feder des eben genannten Autors sind viele beendete Arbeiten über dasselbe Leiden gefolgt. Es liegt mir daher fern auf eine detaillirte Beschreibung dieses Leidens einzugehen. Mir sei es gestattet auf einige bisher weniger beobachtete Formen der Krankheit hinzuweisen. Ich meine die verspätete Involution, das Vorhandensein des Leidens bei Erwachsenen.

Wenn uns ein Kind mit der Hypertrophie der Luschka'schen Drüse zugeführt wird, so braucht es in den meisten Fällen nur eines Blicks und die Hand greift unwillkürlich zum Adenotome. Der offene Mund, die verdickte, verschlossene Nase, die verstrichenen, etwas blöden Gesichtszüge und die eingefallene Brust sind zu charakteristisch, als dass man fehl gehen könnte. Die anamnestischen Daten über Kopfschmerz, beständigen Schnupfen, Ohrenleiden und noch ein ganzes Gefolge von Beschwerden, ebenso die objective Untersuchung mit dem Finger resp. Spiegel ermangeln gewöhnlich nicht die Diagnose per Distance zu bestätigen. Nicht so verhält es sich mit den Erwachsenen. Die Symptomatologie ist noch lange nicht so aufgeklärt und ob sie überhaupt so scharf abgegrenzt werden kann, ist fürs erste fraglich. Vielleicht ist es eben durch die Unbeständigkeit der Erscheinungen zu erklären, dass in den Lehrbüchern dieses Leidens gar keine oder nur sehr oberflächliche Erwähnung geschieht. Man giebt gewöhnlich der Anschauung Raum, dass die Wucherung bereits während der Pubertätsperiode der Atrophie anheim falle. Nur auf Ueberbleibsel der Drüse, «die in sehr breiten Grenzen normal sein könne» und längere Persistenz der bursapharyngea werden wir hingewiesen. Nach meinen Beobachtungen dürfte man von einem vollständigen Verschwinden kaum reden. Eine gewisse Involution mag nach den Pubertätsjahren in vielen Fällen freilich eintreten. Ob aber dadurch die Eigenthümlichkeit der Geschwulst, so mannigfache Störungen hervorzurufen, worauf es vor allen Dingen ankommt, verloren geht, scheint sehr fraglich zu sein. Auch kann ich zunächst der Merrick'schen Anschauung, dass die Involution sich nach dem 30. Jahre vollziehe, nicht rückhaltlos beistimmen. Es giebt sicherlich Wucherungen, welche gar nicht atrophiren. Ich lasse hier einige Krankengeschichten folgen, um das Gesagte zu erhärten.

Einer der ersten Patienten, bei dem ich auf das genannte Leiden aufmerksam wurde, war ein Sänger. Er war 30 Jahre alt und hatte sich sehr viel in allen Ländern behandeln lassen. Seine Hauptklage bestand darin, dass er seit einigen Jahren nicht genügend Athem holen könne. Um sein Athembedürfniss befriedigen zu können, macht er die unverständlichsten Bewegungen: verzieht den Mund, hebt die Nasenspitze mit dem Finger in die Höhe, schnalzt mit dem Gaumensegel und noch manches andere; namentlich, wenn er singen will. Dazu hat seine Stimme stark gelitten. Während er früher das hohe c sang, kommt er jetzt mit Mühe bis f.

Bei der ersten Untersuchung konnte ich keine nennenswerthe Abnormität ausser einer leichten Verdickung der r. mittleren Muschel und einer mässigen Hypertrophie an den unteren Enden der Gaumenmandeln nachweisen. Die Entfernung dieser Abnormitäten hatte eine geringe Besserung zur Folge. Seine Hauptklagen blieben dieselben. Durch den Wunsch irgendwo die Ursache seines Leidens zu finden, wurde ich dazu geleitet auch den Nasenrachenraum genauer zu inspiciren, obgleich keine sichtliche Veranlassung dazu vorlag. Die Spiegeluntersuchung ergab eine mässige Schwellung der dritten Mandel. Ohne dem Befunde eine besondere Bedeutung

beizumessen, entschloss ich mich doch, dem Drängen des Patienten nachgebend, die Drüse zu entfernen. — Der Erfolg war ein ziemlich auffälliger. Der Umfang der Stimme stieg in kurzer Zeit mehrere Noten, Patient erreichte wieder das «h» und zuweilen sogar seinen früheren Grenzton. Zugleich machte er die Angaben, dass er wieder bedeutend freier athmen könne, beim Gehen gar nicht mehr kurzathmig würde; nur beim Singen fühle er noch nicht die frühere Kraft.

Da ich seinem Verlangen, noch irgend etwas aus dem Halse wegzuschneiden, nicht nachkommen konnte, so habe ich ihn an einen anderen Collegen zur Begutachtung geschickt. Wie es ihm gegenwärtig geht, kann ich daher nicht angeben [1]).

2. M. M. Stubenmädchen 27 J. a., Leidet sehr häufig an Kopfschmerzen, besonders in der Nackengegend. Anhaltendes Jucken in den Ohren, starke Schleimsecretion aus dem Pharynx, welche Patientin befürchten macht, «das alles käme aus dem Gehirn». Der Schleim ist zähe, lässt sich nur mit Mühe entfernen. Subjective Geruchsempfindungen.

Die Rhinoscopia post. weist eine flache, glatte Schwellung an der Uebergangstelle des Rachendaches in die hintere Wand nach. Der Schleim bedeckt dieselbe in eingetrockneten Klumpen. Patientin entschliesst sich nach längerem Zögern zur Operation. Bei der Exstirpation entleerte sich neben geringen Mengen Blutes und dünnen Fetzen der Geschwulst dicklicher Eiter. Sofort nach der Operation, die im Ganzen wenig schmerzhaft war, hat Patientin die Empfindung, als ob der Hals breiter geworden wäre. «Der Kopf ist leichter geworden» 3 Wochen nach der Operation: anhaltende Euphorie, Kopfschmerzen sehr unbedeutend, Schleimsecretion hat fast aufgehört. Objective Untersuchung ergiebt eine deutliche Excavation an der Stelle der früheren Schwellung, bedeckt mit unbedeutenden dünnen Borken [2])

3. J. S. Schiffer 17 J. a., sehr kräftig entwickelter junger Mann. Krächzt und speit unaufhörlich den Schleim aus der Nase und dem Rachen in den Mund ziehend und ihn durch Ausspucken entfernend. Diese Störung ist so stark, dass es bereits nach einigen Minuten schwer wird ihn anzuhören resp. anzusehen. Eine energische Aufforderung, sich einige Minuten ruhig zu verhalten hat keinen Erfolg. — Die Untersuchung ergiebt eine starke Succulenz der Schleimhäute der oberen Luftwege, namentlich aber eine bedeutende Vergrösserung des adenoiden Gewebes im N. R. Raume. Die Entfernung desselben sofort im Anschluss an die erste Untersuchung hatte solchen Erfolg, dass der Junge so zu sagen ganz manierlich aus dem Cabinet ging. Das Kratzen und Speihen hatte, sobald die Blutung, die ziemlich profus war, stand, sogut wie aufgehört. Eine Empfindung der Erleichterung war eingetreten.

Die Operation hatte Anfang Juni d. J. stattgefunden und Ende Juli wusste mir sein Camerad anzugeben, dass der Erfolg bis dahin angehalten habe.

Das Präparat lege ich ihnen vor.

4. M. J. aus Saratow, Comptorist, 24 a. n., übt sich im Singen, klagt über häufige deprimirte Stimmung, Schnupfen und Heiserkeit.

Die Untersuchung ergiebt: Röthung der Kehlkopfschleimhaut, Hypertrophie der Lymphfollikel im ganzen Pharynx, leichte Vergrösserung der Nasenmuschel. Schleimsecretion aus der Nase und dem Rachen ziemlich profus, Husten. Rhinoscop. posterior wegen excessiver Reizbarkeit nicht möglich.

Die Behandlung gegen alle constatirten Leiden eingeleitet und etwa einen Monat fortgeführt, hatte keinen besonderen Erfolg. Erst als nach Digitaluntersuchung eine Vergrösserung der Rachenmandel von weicher, sulziger Consistenz nachgewiesen und radical entfernt worden war, veränderte sich der Zustand bereits in wenigen Tagen. Die Schleimsecretion hörte auf, der Gemüthszustand besserte sich bedeutend. Die Operation war im Juni und im September erhielt ich Nachricht, dass der Zustand bisher constant günstig geblieben sei. Ob aber auch die Heiserkeit sich gelegt hatte, darüber wurde nichts erwähnt.

5. Herr Kr. Kaufmann in Moskau 35 J. a. hat längere Zeit unter der Beobachtung von Dr. Moritz gestanden und wurde von ihm mir zur Behandlung zugeschickt.

Pat. hört seit 15 Jahren auf dem linken Ohr gar nicht, während auf dem rechten Ohre beständiger Wechsel sich bemerkbar macht. Häufiger Schnupfen, zäher Schleim im Halse, der sich mit Mühe fortschaffen lässt. 1895 entfernte ich ihm bereits die hypertrophischen Nasenmuscheln, ohne den Nasenrachenraum näher zu inspiciren. Das Gehör wurde darnach leidlich und hielt bis zum Sommer 1896 an. Dann trat wieder eine Verschlimmerung ein, die trotz speciell auf das Ohr gerichteter Behandlung in Moskau bis zum Mai d. J. nicht wich. Um die genannte Zeit wandte sich Pat. wieder an mich.

Bei der Untersuchung findet sich eine beträchtliche Injection und Einziehung des Trommelfelles, eine erhebliche Reduction des Gehörs. Da Pat. nur ein Ohr hat, so ist er sehr besorgt.

Am ersten Tage Rhinoscopia post. nicht möglich. Digitaluntersuchung ergiebt weite Schwellung im N. R. Raume. Am nächsten Tage lässt sich auch mit dem Spiegel eine characteristische, zerklüftete, leicht blutende Geschwulst nachweisen. Bei der Sondirung dieser Geschwulst giebt Pat. an dort das Gefühl das ihn zum Räuspern zwingt, zu empfinden. Die Operation, am nächsten Tage ausgeführt, förderte ziemlich grosse Geschwulstmassen zu Tage. Auch hier wiederholte sich dieselbe sozusagen stereotype Angabe. Sobald das Schmerzgefühl sich ein wenig gelegt hatte, machte Patient die Bemerkung, ein ganz anderes Empfinden zu verspüren. Während er früher stets eine Schwere im Kopfe, Unlust zum Sprechen, hervorgerufen durch ein gewisses Hinderniss, empfunden hatte, war es ihm jetzt zu Muthe, als ob das alles fort wäre. Er könne jetzt erst beurtheilen, wie man sich gesund und wohl fühle.

In wenigen Tagen war auch eine bedeutende objective Besserung zu constatiren. Das Trommelfell hellte sich auf, das Gehör steigt von 0,5 auf 3,0 m. für Flüstersprache und Patient fährt in guter Hoffnung nach Hause. Diese Veränderungen waren innerhalb 7 Tagen vom 20—26. Mai vor sich gegangen.

Auch sein Präpart kann ich ihnen vorlegen.

Länger mit Krankengeschichten Sie aufzuhalten hat wenig Zweck. Aus den, auf den ersten Blick sehr mannigfachen Klagen dieser Patienten lässt sich bei näherer Beobachtung doch ein Grundton durchhören. Alle Klagen beziehen sich entweder auf ziemlich vage, subjective Gefühlsveränderungen oder aber auf thatsächlich objectiv constatirbare Leiden. In der ersten Reihe giebt es aber sehr verschiedene neurasthenische Beschwerden:

Kopfschmerzen, Unlust, Gedächtnissschwäche, Athembeschwerden, Geschmacks- und Geruchsalterationen, aber keine objectiv constatirbare pathologische Veränderung ausser der Vergrösserung des adenoiden Gewebes. In der zweiten Reihe beträchtliche sichtbare Störungen an den

[1]) Neulich erfuhr ich durch seinen Bruder, dass er wieder öffentlich aufgetreten sei und fortfahre zu concertiren.

[2]) In der letzten Zeit ist Patientin wiederholt bei mir gewesen. Sie hat noch hin und wieder Kopfschmerzen, aber weder von der früheren Heftigkeit noch so anhaltend. Die noch bestehenden Schmerzen werden scheinbar durch Schwellungszustände der mittleren Muscheln hervorgerufen.



an der Epipharynx (— um mich der Terminologie von Mikulicz zu bedienen) sich anschliessenden Organen: an den Ohren, der Nase, dem Mesopharynx und schliesslich dem Kehlkopfe.

Um diese Organe localisiren sich demgemäss auch die Klagen, als: Schwerhörigkeit, Schmerzen und Entzündungen in den Ohren, Schnupfen, Verlegtsein der Nase, namentlich aber Nasenblutung, Schleimfluss, Stimmstörungen, Husten etc.

Zuweilen scheinen freilich sehr weit abliegende Erscheinungen, wie allgemeine Eczeme, Fussschweisse, Schmerzen an verschiedenen Körpertheilen mit dem in Frage stehenden Leiden in Zusammenhang zu stehen. Doch muss ich mich darüber eines weiteren Urtheils enthalten. Meine Beobachtungen sind nicht genügend zahlreich, um darüber schlüssig zu werden; auch ist die Zeit, seit der ich ernstlich auf dieses Leiden zu achten angefangen habe, viel zu kurz. Sie erstreckt sich kaum mehr als über ein Jahr. Die Anzahl aller in dieser Zeit von mir beobachteten Fälle beläuft sich auf 70. Von ihnen wurden operirt 39, während die übrigen entweder aus Aengstlichkeit oder aus anderen Rücksichten sich der Operation entzogen. Natürlich lassen nur die operirten Fälle einen mehr weniger sicheren Rückschluss zu, in wie fern die Klagen der Patienten mit der Hypertrophie im Zusammenhang gestanden hatten. Erwähnen will ich, dass ich zu Erwachsenen alle vom 17. Jahre an gezählt habe.

In der Mehrzahl der operirten Fälle trat eine sichtliche Besserung ein, bei vielen eine ganz bedeutende und nur in einer Minderzahl schien der Erfolg unbedeutend oder gar 0 zu sein. Verschlimmerung des Zustandes oder irgend einen anderen Nachtheil habe ich nicht beobachtet. Ganz exacte Angabe kann ich leider nicht machen, da bei vielen die Beobachtungsdauer zu kurz ist, andere dagegen sich der ferneren Beobachtung entzogen.

(Schluss folgt).

Referate.

Weygandt: Ueber die psychischen Wirkungen des Hungers. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 13).

Der Versuchsplan des Verf's, der unter Kräpelin's Leitung ausgeführt wurde, ging darauf hinaus, verschiedene geistige Thätigkeiten von fundamentaler Bedeutung erst an normalen Tagen, dann nach einer Hungerzeit von 12—72 Stunden und schliesslich wieder an den darauf folgenden normalen Tagen zu prüfen. Zunächst untersuchte er jedesmal die Auffassung, als den psychischen Act von der Einwirkung des Reizes bis zur Percerption, zum Eintritt der Vorstellung in das Blickfeld des Bewusstseins, darauf die Verknüpfung zweier Vorstellungen durch das associative Denken, sodann die Auslösung einer Willenshandlung und endlich das Festhaften von Vorstellungen im Gedächtniss. 13 verschiedene Prüfungsmethoden gelangten zur Anwendung. Es wurden an 6 Personen, sämmtlich Aerzte in jüngeren Jahren, 9 Versuchsreihen angestellt, die unter 45 Versuchstagen 12 Hungertage aufwiesen. Unter Hunger verstand Verf. die vollständige Enthaltung von irgend welchen Nahrungsmitteln bei ausschliesslicher Zufuhr von Wasser; an 2 Versuchstagen wurde auch noch die letztere eingestellt. Alkohol, Nikotin, Excitantien und musculäre Arbeit waren während der ganzen Versuchsreihe verboten

Die allgemeinen Beobachtungen, die sich während der Hungerzeit darboten, zeigten eine gelinde Reizbarkeit und Unruhe, die aber nach 24 bis 36 Stunden nachliess und einer leichten Gleichgiltigkeit Platz machte. Das Hungergefühl war am deutlichsten am ersten Tage. Der Schlaf war reich an Träumen, die sich zum grossen Theil auf Hunger und Nahrungsaufnahme bezogen. Auffallend war, dass an dem Tage mit Wasserenthaltung der Durst keine starken Beschwerden machte, obwohl diese Versuche gerade an heissen Sommertagen stattfanden.

In Bezug auf die geistige Thätigkeit kam Verf. zu folgenden Ergebnissen. Die Auffassung zeigte sich nicht wesentlich beeinträchtigt, während die Associationen eine qualitative Herabsetzung, die Wahlreactionen eine geringe Verlangsamung mit angedeuteter Neigung zu Fehlreactionen und die Gedächtnissleistung eine deutliche Verschlechterung aufwies. Die Ablenkbarkeit war während der Hungerzeit erhöht, die Aufmerksamkeit somit verringert. Die Tage mit Wasserenthaltung zeichneten sich nur durch eine noch weiter gehende Verschlechterung der Associationen aus. Das wichtigste Ergebniss dieser Versuche ist also offenbar das, dass die schädigende Wirkung des Hungers keine allgemeine ist, sondern dass sie electiv vorgeht, ähnlich wie das Brom, Trional, der Alkohol. Der Hungerzustand mit seiner qualitativen Verschlechterung der Associationen, der Verlangsamung des Auswendiglernens und der Beeinträchtigung der Wahlreactionen erinnert somit auffallend an eine Intoxication, wie das besonders Lassignardie hervorgehoben hat, doch ist das beim heutigen Stand unserer Kenntnisse über die materiellen Substrate für psychische Gebilde vorläufig nicht zu beweisen.

Weyert.

H. Hecht: Zur Ozänafrage. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 7).

Verf. hatte Gelegenheit in der Poliklinik für Ohren- und Nasenkrankheiten zu Halle (Prof. Bürkner) 2 Fälle von typischer, gemeiner Ozäna in Bezug auf den therapeutischen Werth der Kupfer-Elektrolyse zu prüfen. Im ersten Fall existirten starke Dilatation und Atrophie der Nasenhöhlen, die Muscheln waren rudimentär, die lateralen Wandungen nahezu glatt, fast nirgends Buchten vorhanden. Daneben bestanden als Folgeerscheinung Pharyngitis und Laryngitis sicca. Hier war die Application der Cu.-El. nur von sehr vorübergehenden Wirksamkeit. Bis 2 Tage nach jeder Sitzung blieb der Foetor nahezu verschwunden, dann stellte er sich wieder ein. Die Krustenbildung wurde wenig beeinflusst und trotz dreimaliger täglicher Nasendouchen erneuerten sich die Krusten sehr bald. Im zweiten Fall war nur eine mässige Atrophie der hinteren Partieen der Nase vorhanden und hier war die Application der Cu.-El. von einer progredienten Besserung begleitet: zuerst verschwand der Foetor, um nach der zweiten Sitzung nicht wiederzukehren, dann nahm die Krustenbildung ständig an Intensität ab. Nach 6 Sitzungen wurde jegliche therapeutische Nasenreinigung aufgegeben und als Verf. 2 Monate nach Aussetzen der Behandlung den Pat. untersuchte, fand er bei Mangel jeglichen Foetors nur spärliches Secret. Diese beiden Fälle bieten also eine neue Stütze für die Richtigkeit der trophoneurotischen Theorie der Ozäna, für die auch die durch die verschiedenartigsten therapeutischen Massnahmen erzielten Besserungen und Heilungen z. B. durch Massage, durch Jodinjection, durch Faradisation sprechen würden.

Weyert.

Bakofen: Stypticin bei Gebärmutterblutungen. (Münch. med. W. Nr. 14).

Verf. hat das Stypticin in der Czempin'schen Privatklinik (Berlin) während eines Jahres bei 45 Patientinnen auf seine Wirkung prüfen können. Das Mittel wurde in Pillen oder Tabletten à 0,05 4—5 mal täglich gegeben. Selten wurden mehr als 20 Pillen im Ganzen verabfolgt. Bei virginellen menstruellen Blutungen wurde Stypticin 5 mal angewandt, 3 mal mit gutem Erfolg, 2 mal ohne jede Wirkung. Bei Menorrhagieen, die durch entzündliche Erkrankung des Beckenbindegewebes oder der Adnexa oder durch Lageveränderungen des Uterus verursacht waren, wirkte es in allen 9 Fällen überraschend gut. Eine ähnlich gute Wirkung hatte das Mittel bei 8 Fällen von consecutiven Metrorrhagien, die als Begleiterscheinung der eben bezeichneten Erkrankungen auftraten; 3 mal konnte kein Erfolg verzeichnet werden. Bei 4 Fällen von Uterusblutung nach Adnexoperation in Folge von Stumpfexsudaten wirkte es 2 mal gut, 2 mal gar nicht. In 2 Fällen von acuter gonorrhoischer Infection der Uterusschleimhaut mit starker atypischer Blutung wandte B. das Mittel mit gutem Erfolge an. Auch bei Uterusblutungen in Folge subacuter Steigerung einer chronischen Endometritis war das Resultat günstig, während es bei polypöser Endometritis negativ ausfiel. Bei 2 Fällen von klimakterischen Blutungen wirkte das Styptin einmal gut, im anderen Fall wenig. In einem Fall von Blutung bei Myom des Uteruskörpers blieb die Wirkung aus. Was die Nebenwirkungen bei Einnahme des Mittels anlangt, so klagten 2 Kranke über Kopfschmerzen, bei 2 anderen stellte sich Uebelkeit und Durchfall ein. Eine sedative Wirkung konnte Verf. nicht beobachten.

Im allgemeinen sind die Erfahrungen, die B. mit Stypticin gemacht hat, also nicht so günstig wie die anderer Autoren (S. Gottschalk, Freund, Nassauer). Er hatte unter seinen 45 Fällen 10 Misserfolge und 4 zweifelhafte Wirkungen zu verzeichnen. Gleichwohl kann er dem Stypticin eine Einwirkung auf Uterusblutungen nicht absprechen, besonders auf secundäre Blutungen, wie sie in Folge von Entzündungsprocessen in der Umgebung des Uterus entstehen.

Weyert.

B. A. Schpakowski: An das Urtheil der Gesellschaft. Die Wahrheit in Betreff der Odessaer Irrenhaus-Eророе. (На судъ общественный. Правда объ Одесской психіатрической эпопеѣ). Одесса 1898.

Unter obigem Titel veröffentlicht der ehemalige Director des Odessaer städtischen Irrenhauses seine Entgegnung auf die gegen ihn erhobenen Beschuldigungen der Machtüberschreitungen, Unthätigkeit, Missbräuche etc., welche im März vorigen Jahres zu seiner Entlassung führten, und durch ihre tendenziöse Besprechung in den politischen Zeitungen das öffentliche Urtheil nicht nur in Odessa aufregten. Eine genaue Wiedergabe der fast 400 Seiten umfassenden Broschüre ist unmöglich, da der dort verarbeitete Stoff ein zu reichhaltiger ist; die Arbeit verdient aber von Jedem, der sich ein Urtheil über die Frage bilden will, insbesondere von Aerzten gelesen zu werden, da sie grelle Streiflichter auf unser Hospitalwesen und die collegialen Zustände unter den Aerzten wirft. Bekanntlich entspann sich im Februar vorigen Jahres gleich nach Abgang des Odessaer Stadthauptes Prof. Ligin eine erbitterte Campagne gegen den Oberarzt des Irrenhauses von Seiten der Odessaer Presse, welche in der gehässigsten und subjectivsten Weise geführt wurde. Das stellvertretende Stadthaupt Herr Adamenko, beauftragte in Folge dessen einen Angestellten der Stadverwaltung, Herrn Zwetinowitsch eine Enquete anzustellen, welche in der Beleuchtung des Dr. Sch. durchaus einseitig und laienhaft geführt wurde, und die Folge davon war die Entlassung des Dr. Sch. und Uebergabe eines Anklagematerials an die Gerichte. Eine zweite sachgemässe Untersuchung ergab, dass von dem ganzen Klagematerial gegen D-r. Sch. nur die «Vergeudung (растрата) von 5 Rbl.» im Laufe der 9-jährigen Dienstzeit übrig blieb, und auch diese war zweifelhaft: Auf Grund dessen wurde die Klage gegen Dr Sch. vom Gerichte zurückgewiesen, ohne dass die Stadtverwaltung ihn rehabilitirte. Eine genaue Darstellung des Sachverhaltes findet sich in der Rehabilitations-Schrift, welche leider von der öffentlichen Presse todtgeschwiegen wird.

Dr Sch. zeigt wie verrottete Zustände er im Hospital angetroffen hat, und wie er von vornherein gegen dieselben angekämpft hat, wodurch er sich natürlich den glühenden Hass der Administration zugezogen hat; leider scheinen die Ordinatoren des Irrenhauses gleichfalls dem Einfluss der Camarilla verfallen zu sein, denn ihr Benehmen stand nach der Darstellung des Dr Sch., der sich überall auf Protocolle und Berichte beruft, durchaus nicht auf der Höhe der Objectivität und Kameradschaftlichkeit, von der Disciplin ganz zu schweigen. Jeder der einen Begriff von einem geordneten Hospitalwesen hat, wird erstaunt sein über die geschilderten Zustände, angefangen von dem Princip, dass der Oberarzt vollständig ausgeschlossen war von der ökonomischen Leitung, und der Wahl seiner Untergebenen bis zur Disciplinlosigkeit der Ordinatoren.

Der Ton der Arbeit ist ein derartiger, dass von Seiten der Beschuldigten nur eine Antwort erfolgen kann, vorausgesetzt, dass Dr Sch. Unrecht hat, das wäre eine gerichtliche Klage. Bisher verlautet nichts darüber, und das öffentliche Urtheil dürfte sich zu Gunsten Dr Sch. aussprechen, der wie er sagt ein Opfer einer gewissenlosen Camarilla geworden ist.

O. W.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Constantin Kaufmann: Handbuch der Unfallverletzungen. II. Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke 1897.

Während in den westeuropäischen Staaten mit ihrer grossartigen Industrie sich schon eine feste Norm in Bezug auf Haftpflicht des Arbeitgebers und Unfallentschädigung herausgebildet hat, steht bei uns in Russland die gesetzliche Regelung des juridischen Verhältnisses zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer erst in den allerersten Anfängen. In neuester Zeit wird auch bei uns dieser wichtigen staatswirthschaftlichen Frage erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt. Die nächste Folge ist eine rapide Zunahme der Entschädigungsklagen seitens der Arbeiter, die Betriebsunfälle erlitten haben. Wie wenig einheitlich, wie willkürlich die Rechtsprechung bei uns noch ist, weiss jeder als Experte oder als Zeuge zu diesen Processen hinzugezogene Arzt. Es gehört eben eine lange Praxis dazu, um aus der grossen Mannigfaltigkeit der einschlägigen complicirten Verhältnisse die Normen abzuleiten, deren die Gesetzgebung, soll sie der Wirklichkeit angepasst sein, dringend bedarf. Wenn nun auch die socialen Verhältnisse bei uns ganz andere sind, als in Westeuropa, so wird doch vieles aus der dortigen Unfallspraxis mit grossem Nutzen für unsere Gesetzgebung als Vorbild benutzt werden können. Daher hat das Buch von Kaufmann auch für uns eine grosse Bedeutung, obgleich es sich nur auf das Material, das sich in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz angehäuft hat, stützt. Es ist ein durchweg auf dem Boden der Wirklichkeit stehendes Buch; nirgends findet sich eine Spur von theoretischer Speculation, jede Angabe beruht auf concreten Fällen und principiellen Gerichtsentscheidungen. Gerichtsärzten, Fabrikärzten, Eisenbahnärzten ist das Buch daher ebenso sehr zum Studium zu empfehlen wie denjenigen Juristen, die sich irgendwie mit Unfallpraxis beschäftigen, aber auch Fabrikbesitzer, Ingenieure, Eisenbahnbeamte etc. werden in ihm viel praktisch Brauchbares für sich finden.

Wanach.

K. Grube: Die diätetische Behandlung der Zuckerkrankheit. (Bonn. Verlag v. C. Georgi. 1898).

Nach einigen kurzen erläuternden Bemerkungen über das Wesen des Diabetes entwirft Verf., der in Bad Neuenahr über 700 Zuckerkranke in Beobachtung gehabt, in allgemeinen Zügen die Grundsätze für die diätetische Behandlung und giebt ein «Diätschema» für erlaubte und verbotene Speisen.
Als Surrogat für Stärkemehl zur Verwendung für Brot und Speisen wird Mandelmehl Kokusnussmehl, Aleuronatmehl (7% Amylum enthaltend), das Mehl der Soyabohne und das Conglutin genannt, letzteres hält G. trotz vielfacher Empfehlung für nicht geeignet, da dasselbe nach seinen Untersuchungen 57% ja sogar 65% Kohlenhydrate enthält. Das Grahambrod, welches circa 45% Kohlenhydrate enthält, von denen aber ungefähr 19% nicht assimilirt werden, eignet sich wohl zur Kost der Diabetiker, ist aber durchaus nicht als «specielles Diabetesbrod» anzusehen. Im Anschluss hieran wird eine Reihe von Brodarten, welche aus den oben angeführten Mehlsorten hergestellt werden, angeführt, wie Aleuronatbrod und Biscuit, Conglutingebäck (Stangen, Zwieback etc.), Kleberbrod, Fougeron Brod etc. Auch von manchen Genussmitteln ist die Rede, so werden verschiedene Chocoladesorten, welche aus Lävulose hergestellt werden, und Schaumweine, wie der «Champagne sans sucre» und der Diabetessect von Kohlstadt in Frankfurt a/M., erwähnt. Den Zucker sollen Lävulose, Glycerin, Saccharin, Krystallose und Dulcin ersetzen. Ueber die sonstige Lebensweise der Zuckerkranken, wie Muskelarbeit, Hautpflege, Trinkcuren etc. finden sich kurze Hinweise. Zum Schluss wird ein Diätzettel für eine Reihe von 12 Tagen und eine Anzahl von Kochvorschriften gegeben.

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

636. Sitzung am 17. Februar. 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretär: Herr Heuking.

1. Herr Anders spricht über: «Statische und pathologische Verhältnisse der redressirten spondylitischen Wirbelsäule».

Der Vortrag ist für den Druck im Langenbeck'schen «Archiv für klin. Chirurgie» bestimmt.

Discussion:

Herr Schmitz: Der Ref. hat uns mitgetheilt, dass unter seinen nach Calot behandelten Kranken 3 an Pneumonien, welche sich im Verlaufe der Masern entwickelten, zu Grunde gingen. Es wäre von Interesse zu erfahren, ob Ref. unter seinen Redressirten auch Fälle gehabt habe, welche die Masern glücklich überstanden hatten, und ferner, ob zur Zeit jener Masernendemie häufig Complicationen mit Pneumonien beobachtet wurden?

Herr Anders: Ueber den allgemeinen Charakter jener Masernepidemie kann er keine nähere Auskunft geben. Im Ganzen wurden 5 Kranke, die nach Calot redressirt waren, auf die Masernabtheilung transferirt. Zwei von ihnen überstanden die Masern und wurden darauf in der chirurg. Abtheilung weiterbehandelt, während die 3 zuvor erwähnten starben. Möglicherweise hat die stark reklinirte Lage, in der sich die Pat. befanden, eine besondere Disposition zur Entstehung der Pneumonien abgegeben.

Herr Anders schliesst seinem Vortrage die Demonstration eines 6-jährigen Pat. an, dem er vor mehr als 6 Monaten das Redressement seiner dorsalen spondylitischen Deviation ausführte. — Pat. befindet sich in einem Gypscorsett,



das während der distrahirenden Wirkung des Streckapparates und leichter Reclination knapp auf Tricotstoff angelegt wurde. Der Kopf ruht in einer Kinn-Nackenschwebe, welche durch 4 Eisenstäbe gestützt ist. Letztere werden während der entsprechenden Lagerung in Extension und Reclination zu je 2 vorne und hinten in dem Corsette mit eingegypst. — Bei starkem Taillenschlusse des Corsettes durch Einschmiegen des Gypses über den Hüftbeinkämmen und der Wirkung der im Zuge angelegten Kinn-Nackenschwebe gelingt es den kleinen Pat. in energischer Streckung zu erhalten. — Die Deviation von mittlerer Grösse ist vollständig geschwunden, was sich leider im gegebenen Augenblick wegen nicht Abnehmbarkeit des Corsettes nicht demonstriren lässt. Pat. hatte fast 6 Monate nach dem Redressement im Calot'schen Gypsverbande, der 3 mal in dieser Zeit gewechselt wurde, gelegen. Seit 10 Tagen ist er auf den Füssen, und geht bereits mit ziemlich sicherem Schritte. — Herr Anders möchte es vorläufig nicht riskieren, den Pat. vom geschilderten Verbande zu emancipiren.

2. Herr Kallmeyer berichtet über einen seltenen Fall von ausgeheiltem Solitär-Tuberkel des Kleinhirns und schliesst daran die Demonstration des Präparates. Patientin ist im Laufe der letzten acht Jahre mehrfach Gegenstand der Beobachtung seitens des Vortragenden gewesen und die Durchsicht ihre Krankheitsgeschichte ergiebt Folgendes: Im Jahre 1887 erkrankte Patientin an Erbrechen, Kopfschmerzen und taumelndem Gange; bis zum Jahre 1890 hat sie im Ganzen dreimal im Obuchow-Frauenhospital gelegen, wo sie vom weiland Dr. V. Hinze behandelt worden war. Letzterer stellte die Kranke mit der Diagnose Kleinhirntumor am 4 Mai 1890 auf der wissenschaftlichen Sitzung der Obuchowhospitalärzte vor. Das Sitzungsprotocoll von jenem Abend (Boln. Gazeta Botkina 1891) lautet folgendermassen: «A. K. 33 a. n. Schachtelmacherin, erkrankte im Jahre 1887 an Erbrechen, Kopfschmerzen und taumelndem Gange. Schon während ihres ersten Aufenthaltes im Hospital bot sie alle Anzeichen einer Neubildung im Kleinhirn dar und zwar in einer solchen Vollständigkeit der Symptome, wie sie selten zusammen anzutreffen sind: Starke Kopfschmerzen mit vorzüglicher Localisation im Hinterhaupt, letzteres bei der Hammerpercussion empfindlich. Schwindelanfälle mit Erbrechen. Letzteres unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Das Brach-Romberg'sche Symptom, Ataxia cerebellaris, Neuritis optica, neuralgische Schmerzen in der linken Gesichtshälfte mit gleichzeitiger Analgesie daselbst. Letztere erstreckt sich zum Theil auf die ganze linke Körperhälfte. Erhöhte Sehnenreflexe bei relativ gutem allgemeinen Ernährungszustande. Magendarmtractus gut functionirend. Alle übrigen Organe im normalen Zustande. Der Status der Kranken, welche im Laufe der letzten vier Jahre dreimal im Hospital gelegen hat, ist ein fast unveränderter geblieben. Es ist nur die weisse Atrophie beider Sehnerven hinzugetreten».

Vortragender, der damals den Fall mitbeobachtet hat, erinnert sich seiner Einzelheiten auf das Lebhafteste und fügt hinzu, dass die Sehnenreflexe in ganz enormer Weise gesteigert waren und dass im Krankenbogen aus der Zeit nach dem 4. Mai 1890, noch hin und wieder von leichten Convulsionen, besonders in der linken Körperhälfte, die Rede ist. Der Krankenbogen ergiebt ferner, dass die Temperaturmessungen, welche nur während des ersten Aufenthaltsmonats vorgenommen worden waren, einen Typus inversus zur Norm hatten, dass die Temperaturen sich im Allgemeinen zwischen 36,0 und 36,6—36,8 bewegten und nur 8 Mal die Höhe von 37,6—37,8 erreichten (so z. B. 37,8 am Morgen und 37,5 am Abend).

Es ist aus dem Krankenbogen ferner ersichtlich, dass Patientin damals während ihres sechsmonatlichen Hospitalaufenthaltes keinmal weder ein Jod- noch ein Quecksilberpräparat erhalten hat und dass somit keine Veranlassung für die Annahme einer syphilitischen Erkrankung vorgelegen haben muss. Sie hat vielmehr fast ausschliesslich Argentum nitricum (0,05 auf 20 Pillen, 3 Mal tägl. 1 Pille) gebraucht und nur während dreier Wochen Acid. arsenicos. (0,05 im Ganzen). Am 20. Sept. 1890 war der College A. W. Natanson, jetzt in Moskau, so freundlich, die Kranke zu ophthalmoscopiren und folgenden Status zu verzeichnen: «Atrophia n. optici utriusque, vollständig weisse Papille, enge Arterien. Die Bewegungen der Augäpfel sind im Allgemeinen normal, nur nach oben und unten etwas beschränkt. Beim maximalen Heben und Senken der Augen spasmodische Zuckungen im M. orbicularis oculi». Die Kranke war aber trotzdem nicht ganz blind. Sie verliess das Hospital am 20. Nov. 1890 in einem gebesserten Zustande. Erst nach 5½ Jahren ist sie dann wiedergekommen, am 25. April 1896, wegen einer linksseitigen Mastitis, über deren Entstehungsursache sie nichts angeben konnte. Patientin 39 a. n. jetzt Schneiderin, fühlt sich seit einer Woche krank; giebt an, an epileptischen Anfällen und an Migräne zu leiden. Vor der Bromäthylnarcose behufs Spaltung des Abscesses ein epileptoider Anfall. Patientin fiebert nach dieser Operation weiter und es wird constatirt, dass beide Lungenspitzen gedämpften Percussionsschall besitzen. Links hinten oben Dämpfung bis zur Spina scapulae, rechts sogar noch niedriger. Verlängertes Exspirium oben vorne und hinten beiderseits. Feines Rasseln in den Infraclaviculargruben. Hüsteln. Kein Auswurf. Das Fieber schwindet allmählich, die Temperaturen nur selten vom Typus inversus. Genesung, Entlassung nach 7 Wochen.

Vortragender hatte damals Gelegenheit, die Patientin einem kleinen Kreise von Collegen vorzustellen und auf die merkwürdige Besserung des Allgemeinzustandes und der Localerscheinungen von Seiten des Kleinhirns hinzuweisen.

Endlich hat die Patientin wieder am 10 Febr. d. J. das Hospital aufgesucht. Patientin 41 a. n., jetzt Weissnähterin, giebt an seit dem achten d. M. krank zu sein und seitdem an Schnupfen, Husten, Kopfschmerzen und Fieber zu leiden. Hat 2 Mal geboren, niemals abortirt. Menses normal. Patientin geräth in die Influenzaabtheilung, wo folgender Status aufgenommen wird:

Temperatur 39,0, Puls 96 voll, rhytmisch, isochron. Mittlerer Ernährungszustand.

Schnupfen, Röthe der Conjunctiven, leichte catarrhalische Angina. In den Lungen rechts oben Dämpfung, verlängertes Exspirium und unbestimmtes Athmen. Links hinten Dämpfung der Spitze bis zur halben Scapula, Bronchialathmen und trockenes Rasseln (chronische Pneumonie). Kein Auswurf. Milz leicht vergrössert. Leib etwas aufgetrieben. Herz und Leber ohne Veränderungen. Grosse Unruhe. Heftiger Kopfschmerz, Nackenschmerz und Nackensteifigkeit. Pupillen beiderseits gleichweit, von träger Reaction. Ohren gesund. Die Kranke stöhnt und ist leicht somnolent. Abends T. 39,0.

Den 11. Feb. T. 40,1, 39,6 P. 98 Schnupfen stärker. Prostration grösser. Somnolenz zunehmend. Nackensteifigkeit und Schmerzen wie gestern. Kernig'sche Flexionscontractur der Kniegelenke andeutungsweise.

Den 12. Feb. T. 39,0, 40,4 P. 98 Rigidität der Nackenmuskeln stark ausgesprochen, Leib nicht eingezogen. Kein Erbrechen. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten stark erhöht. Pupillen von normaler Weite und etwas träger Reaction. Die Flexionscontractur der Kniegelenke vorhanden, aber geringgradig.

Urin sauer, Spec Gew 1019, enthält viel Eiweiss.

Den 13. Feb. T. 38,6, 39,1 P. 102. Herpes labialis. Sopor. Delirien. Alle Erscheinungen haben zugenommen.

Den 14. Feb. T. 38,3, 39,0 Pulsus nullus. Coma. Rechtsseitige Facialisparese, Nystagmus. Pupillen stark erweitert. Leib nicht eingezogen. Im Uebrigen wie oben. In der Nacht exitus.

Klinische Diagnose: Meningitis cerebrospinalis infectiosa, Tuberculosis pulmonum, Nephritis. Influenza?

Section. (Dr. Moissejew). Diagnosis anatomica: Degeneratio parenchymatosa cordis, Pneumonia chronica interstitialis tuberculosa, Hyperämia venosa lienis. Glomerulonephritis acuta. Meningitis purulenta acuta, Cicatrix cerebelli. Herz: Ventrikelwände weich und blass. Lungen: Spitzen geschrumpft, mit der Brustwand verwachsen, das interstitielle Bindegewebe derb, von gelben miliaren Knötchen durchsetzt. Milz: normalgross, hyperämisch, die Pulpa lässt sich schwer abschaben.

Nieren etwas vergrössert, die Kapsel leicht ablösbar, die Rindenschicht verdickt, von grau-röthlicher Farbe. Die Malpighi'schen Körperchen dunkelroth, geschwellt und das Gewebe weich. Magendarmtractus normal.

Die Pia cerebri verdickt, hyperämisch, eitrig infiltrirt, leicht lösbar. Die Hirnsubstanz hyperämisch, weich, der Nucleus dentatus cerebelli in seinem Centrum verdickt, auf dem Durchschnitt narbige Einziehungen und gelblich-weisse Streifen. Die Tela ventriculi quarti mit der Oberfläche des Calamus scriptorius durch faserige Brücken verwachsen. — (Demonstration des frischen Präparates).

Vortragender weist darauf hin, wie selten derartige Fälle von ausgeheiltem Solitär-Tuberkel beobachtet werden und dass es sich wohl zweifellos um einen solchen gehandelt haben muss. Das Kleinhirn ist eine Prädilectionsstelle für die letzteren und eine andere tuberculöse Complication neben dem Solitärtuberkel bildet die Regel. Bruns hält es nicht für unmöglich, dass die Prädilection des Hirntuberkel für die hintere Schädelgrube damit zusammenhängt, dass die tiefen Lymphdrüsen des Halses in näherer und ausgiebigerer Beziehung zum Hinterhirn und Mittelhirn, als wie zum Grosshirn stehen.

Endlich bleibt an dem Falle merkwürdig, dass Patientin trotz jener am 20. Sept. 1890 erhobenen Augenspiegelbefundes, in der Folge imstande war mehrfach ihren Beruf zu wechseln und mit diesem Wechsel immer grösseren Ansprüchen an ihre Sehfähigkeit und Sehschärfe zu genügen. Solche Fälle kommen vor, sind aber selten.



Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1271. Sitzung am 12. Januar 1898.

1. Herr v. Petersen hält einen zum Druck bestimmten Vortrag: Ueber Therapie des Favus.

Discussion.

Herr Fremmert. Eine Jodbehandlung des Favus ist schon vor Jahren von Bühring empfohlen worden und sollte in 3—6 Monaten zur Heilung führen.

Herr Koch hat vor 10 Jahren mehrere Kinder nach völliger Rasirung des Kopfes mit Jodtinktur anscheinend mit Erfolg behandelt.

Herr Moritz fragt an, ob der Favuspilz ausschliesslich an die behaarten Körpertheile gebunden sei.

Herr Masing erkundigt sich darnach, wie ein völlig unbehandelter Fall von Favus ende.

Hierzu bemerkt Herr v. Petersen, dass der Favuspilz überall sich ansiedeln könne z. B. nicht selten unter den Fingernägeln. Derselbe sei von hier aus leicht zu entfernen, schwierig hingegen da, wo der Pilz in die Haarbälge eingedrungen sei. Bezüglich der Frage, wie ein nicht behandelter Favusfall ende, sei es schwierig, eine passende Antwort zu geben, da der Favus eine Krankheit des jugendlichen Alters abgebe, und Fälle über 45 Jahren nicht beobachtet worden sind. Was schliesslich die Jodtherapie anbetrifft, so sei dieselbe schon seit lange bekannt und verdiene jeder anderen Behandlung vorgezogen zu werden.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. H. Westphalen.

Vermischtes.

— Zum Kaiserlich Russischen Hofstaat gehören gegenwärtig 28 Aerzte und zwar: 1 Leibmedicus, 10 Ehren-Leibmedici, 3 Leibchirurgen, 4 Ehren-Leibchirurgen, 1 Leibaccoucheur und 2 Ehren-Leibaccoucheure, 2 Leibocullisten, 1 Leibpädiater. 1 Ehren-Leibpädiater, 2 Ehren-Hofmedici, 1 Ehren-Dentist.

— Wie die Tagesblätter melden, hat sich eine aus den Professoren Pasternazki, Lebedew, Wojeikow und dem Bergingenieur Ssergejew bestehende Commission an's Schwarze Meer begeben, behufs Auswahl von passenden Küstenorten für Sanatorien.

— In der vorigen Woche hielt die neue St. Petersburger Hospitalcommission unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, des Stadtverordneten M. P. Botkin, ihre erste Sitzung ab, in welcher auch die Wahl der Curatoren der Stadthospitäler stattfand. Es wurden gewählt: J. J. Dernow — zum Curator des Obuchowhospitals; D. W. Pokotilow — zum Curator des Alexanderhospitals zum Andenken an den 19. Februar 1861; Prof. W. K. v. Anrep — zum Curator des Peter-Paul-Hospitals; P. P. Shukowski — z. C. des Barackenhospitals; Graf. W. A. Mussin-Puschkin — z. C. des Kalinkinhospitals; E. W. Ostolopow — z. C. des Ochtaschen-Hospitals; J. F. Onosch-Komitsch-Jazyn — z. C. des Irrenanstalt St. Nikolai des Wunderthäters; P. W. Kremorenko — z. C. der Nowo-Snamenskischen Irrencolonie; J. M. Jakowlew — z. C. des St. Panteleimon-Hospitals; E. P. Olssen — z. C. des St. Marien-Magdalenen-Hospitals; A. J. Kabat — z. C. der städtischen Armenhäuser; D. J. Lwow — z. C. des neuzugründenden Kinderhospitals. Ausserdem wurden zu Deputirten der Stadt bei den Petersburger-Hospitälern, welche Subventionen von der Communalverwaltung beziehen, designirt: bei der Augenheilanstalt — A. A. Basilewski; beim Nikolai-Kinderhospital — P. S. Botschagow; beim Elisabeth-Kinderhospital — F. A. Alferow; bei der Ambulanz des Comités der Fürsorge für Bettler — J. K. Schröder, bei der Ambulanz der St. Georgs-Gemeinschaft und des Roshdestwenski — Barackenlazareths — M. P. Botkin. Zu Stellvertretern des Präsidenten wurden Prof. v. Anrep und A. J. Kabat gewählt.

— Die russische Aerztin Anna Kulischewa, welche, wie wir in der vorigen Nr. berichteten, an den wüsten Revoltetagen in Mailand betheiligt gewesen, ist vom italienischen Militärgericht zu zwei Jahren Kerker verurtheilt worden.

— Vor Kurzem wurden im Arcadenhofe der Wiener Universität die Denkmäler Rokitansky's und Skoda's enthüllt, bei welcher Gelegenheit Prof. Weichselbaum die Gedenkrede auf den Ersteren und Prof. Nothnagel auf den Letzteren hielt. Das Rokitansky-Denkmal trägt die Inschrift: «Carolus Rokitansky, novae disciplinae anatomiae pathologicae conditor, 1834—1879». und das Denkmal Skoda's: «Josephus Skoda, artis medicae reformator, 1846—1871».

— Verstorben: 1) Am 6. Juni in Jalta der ehemalige Oberarzt des hiesigen Marinehospitals und Chef des Medicinalwesens des St. Petersburger Hafens, Geheimrath Dr. Michael Kwizinski. Der Hingeschiedene, welcher seit 1856 als Marinearzt praktisch thätig war, lebte in den letzten Jahren verabschiedet in St. Petersburg. 2) In Warschau der Senior der dortigen Aerzte M. Rotwand im Alter von nahezu 90 Jahren. Seine ärztliche Thätigkeit begann er im Jahre 1835. — 3) Am 7. Juni in Kamenez-Podolsk der dortige Hospitalarzt W. A. Gretschko, welcher seit 1890 die ärztliche Praxis ausübte. 4) Am 8. Juni in Graz der ordentl. Professor der Gynäkologie Dr. Carl Freiherr v. Rokitansky im 59. Lebensjahre. Als dritter Sohn des berühmten pathologischen Anatomen Carl Rokitansky zu Wien geboren, erhielt er daselbst seine medicinische Ausbildung und wandte sich dann der Frauenheilkunde zu. Er würde 1871 Privat-Docent an der Wiener Universität und war dann vom Jahre 1880 ausserordentlicher Professor bis er 1892 als Director der Frauenklinik nach Graz berufen wurde. Seine wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich hauptsächlich auf die chirurgische Behandlung von Frauenkrankheiten und die Beziehungen zwischen Frauenleiden u. Nervenkrankheiten. 5) In Marienbad im Alter von 78 Jahren der frühere langjährige Badearzt von Johannisbad (im Riesengebirge), Geh. Sanitätsrath Dr. Johann Kopf. 6) In Kopenhagen der ehemalige Professor der inneren Medicin und Oberarzt des Friedrichshospitals, Carl Eduard With im 72. Lebensjahre.

— Der Lehrstuhl für gerichtliche Medicin an der Wiener Universität welcher durch den Tod Prof. Ed. v. Hofmann's erledigt war, ist dem ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie, Dr. Kolisko, übertragen worden.

— Die Privatdocenten der Bonner Universität Dr. Albert Peters (Ophthalmologe), Dr. Adolf Schmidt (Therapeut) und Dr. Leonhard Jores (Patholog. Anatom.) sind zu Professoren ernannt worden.

— Den Assistenzärzten des Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin, Dr. Hermann Kossel und Dr. Wassermann ist der Professortitel verliehen worden.

— Der 76-jährigen «Mama Bottard», welche 57 Jahre ihres Lebens der Krankenpflege in der Salpetrière (in Paris) gewidmet und die Anerkennung aller ihrer Chefs, wie Trelat, Charcot und gegenwärtig Prof. Raymond erworben hat, ist das Kreuz der Ehrenlegion verliehen worden.

— Der Magnetiseur Joseph Grigorowitsch aus Moskau, dessen Thätigkeit als Heilmagnetiseur in der Dresdener Gesellschaft wiederholt Aergerniss erregt hat, ist, wie das ärztliche Vereinsblatt meldet, aus dem Königreich Sachsen ausgewiesen worden.

— Von der militär-medicinischen Akademie sind im Lehrjahre 1897/98 im Ganzen 691 akademische Grade und Würden verliehen worden und zwar die Würde eines Doctors der Medicin 114 Personen; der Aerztegrad 136 Personen; die Würde eines Zahnarztes 28, eines Dentisten 2 Personen, einer Hebamme 318 Personen, der Grad eines Magist. pharm. 1 Person, eines Provisors 6, eines Apothekergehülfen 86 Personen.

— Zum Bau und zur Einrichtung einer Heilanstalt für Krebskrankheiten und maligne Geschwülste haben die Moskauer Einwohner der Collegienrath M. Morosow und der erbliche Ehrenbürger J. Morosow, der Moskauer Universität je 30.000 Rbl. übergeben.

— Von der militär-medicinischen Academie ist ein Concurs um die Prämie des verstorbenen Medico-Chirurgen Nikolai Juschenow ausgeschrieben, welche für die hervorragendste Erfindung oder Arbeit auf irgend einem Gebiete der Medicin verliehen wird. Als Concurrenten um die Prämie, welche 3500 Rbl. beträgt, können nur russische Unterthanen ortodoxer Confession auftreten. Die gedruckten Concurrenzarbeiten müssen bis zum 26. August 1901 eingereicht werden.

— Der Russische Congress für Balneologie und Klimatologie wird definitiv im December d. Jahres in St. Petersburg stattfinden. Mit dem Congress wird eine Ausstellung von Gegenständen Karten, Plänen, etc., welche auf die Balneologie und Klimatologie Bezug haben, verbunden sein. Präsident des Organisationscomites ist der Professor der melitär-medicinischen Academie A. I. Lebedew (Gynäkologe) und Vicepräsident Leibmedicus Dr. Bertenson.

— In der Staniza Nowo-Nishnesteblijewskaja (Kubangebiet), in welchen unter den Einwohnern 28 Lepröse sich befinden, wird auf eigene Initiative der Bewohner aus Gemeindemitteln eine Lepracolonie einige Werst von der Staniza entfernt errichtet werden.

— In Berlin hat sich ein Roentgen-Verein unter dem Vorsitz Prof. W. Wolff's gebildet.

— In der Halle'schen Universitätsklinik, sowie auch in einer Berliner Klinik sind neuerdings mehrere Fälle von Lepra constatirt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Juni. d. J. 7488 (114 wen. als in d. Vorw.), darunter 482 Typhus — (150 wen.), 857 Syphilis — (50 mehr), 134 Scharlach — (1 mehr) 114 Diphtherie — (11 wen.), 39 Masern — (5 wen.), und 34 Pockenkranke — (4 mehr als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis zum 13. Juni 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
358	274	632	206	64	127	21	11	25	74	46	44	39	29	28	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 11, Scharlach 22, Diphtherie 26, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 5, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 61, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 133, Todtgeborene 24.

Bad Pyrmont, 3. Juni. Heute trafen Ihre Hoheit die Fürstin Wittwe zu Waldeck-Pyrmont zum Kurgebrauch hier ein und stiegen im Fürstl. Schlosse ab. Die heutige Kurliste verzeichnet bereits 1753 Gäste. — Die Versicherungsanstalten Hannover, Münster und auch die hanseatische Anstalt, haben in Pyrmont Stationen errichtet, in denen fortwährend Kurbedürftige Versicherte auf Kosten der Anstalten zum Zweck des Kurgebrauchs verpflegt werden. Die Stationen stehen unter Aufsicht von Schwestern des rothen Kreuzes. — Das unter Protektorat Ihrer Durchl. Prinzessin Elisabeth zu Waldeck-Pyrmont stehende «Helenen-Kinderheim» ist z. Z. mit Kindern aus Berlin und Waldeck besetzt.

Bad Homburg v. d. H. Bei dem Beginn der Saison ist die Zahl unserer Quellen noch durch eine sechste vermehrt worden, deren officielle Eröffnung am Mittwoch den 2. Juni in Gegenwart eines von der Kurdirection dazu eingeladenen Publikums durch Herrn Prof. Steiner aus Prag stattfand. Genannter Gelehrter hat seit einem halben Jahre unser Quellengebiet eingehenden Forschungen und Verbesserungen unterzogen, deren vorläufig erstes, greifbares Resultat die Wiedererschliessung eines Soolsprudels von 2,6% Salzgehalt mit sehr viel Kohlensäuregehalt ist. Dieselbe Quelle war bereits in den fünfziger Jahren erbohrt, ruhte seit jener Zeit und entsteigt nunmehr wieder nach neuer Fassung in einem 13 Meter hohen freien Strahl dem Quellenschacht aus einer Tiefe von 150 M. Demselben Sprudel kann aber auch in geringerer Tiefe ein bis zum Grundwasser- Spiegel steigendes, mildgesalzenes, kohlensaures Wasser zu Trinkzwecken entnommen werden, während die 2,6% haltende Soole zu Badezwecken Verwendung findet. — Eine weitere Bereicherung unserer Quellen durch Neubohrungen ist von demselben Gelehrten in Aussicht genommen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.
Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.
Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб 22 Іюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, 27. Juni (9. Juli) **1898**

Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen.

Von

Dr. P. Hellat.

Vorgetragen am 25. Nov. 1897 im Ver. St. Petersbg. Aerzte.

(Schluss).

Im Anschluss hieran erlaube ich mir noch einige Betrachtungen. Das adenoide Gewebe fängt nach Disse bereits im intrauterinen Leben an zu wuchern. Ueber Störungen in den ersten Lebensmonaten liegen bisher nur wenige Beobachtungen vor. Wahrscheinlich liegt die Ursache dafür nicht so sehr in der Seltenheit des Leidens, als vielmehr in der Schwierigkeit es zu verfolgen

Meine Untersuchung an Kinderleichen, die ich, sobald sie zum Abschlusse gelangt sind, veröffentlichen werde, widerlegen letztere Vermuthung.

Im späteren Kindesalter scheint die Wucherung auch bei uns ausserordentlich häufig zu sein, namentlich wenn es sich um schlecht genährte Individuen handelt. In einem hiesigen Kinderasyl habe ich etwa 70 Knaben untersucht und kaum einen mit vollständig normalem Nasenrachenraum vorgefunden. Es ist also wahrscheinlich, dass die Abnormität bei Erwachsenen nicht im späteren Alter sich entwickelt, sondern eine Beigabe aus der Jugend vorstellt. Dass viele die bestimmte Angabe machen, die Beschwerden erst seit Kurzem zu verspüren, dürfte in den meisten Fällen auf Veränderungen zurückzuführen sein, die in der Drüse vor sich gehen. So berichtet Moure über eine Reihe von acuten Entzündungen; auf ähnliche Zustände haben schon Raulin und Brindel hingewiesen. Ausserdem können cystische Entartungen, auf welche zu seiner Zeit Tornwaldt die Aufmerksamkeit gelenkt hat, auftreten. Unter meinen Fällen waren zwei Cystenbildungen mit eitrigem Inhalt; der eine Fall ist unter Nr. 2 angeführt, beim anderen handelte es sich um einen Gymnasiasten, der an anhaltenden Kopfschmerz, Vergesslichkeit und sehr leichte Ermüdung beim Lernen litt. In wie weit durch die Entfernung der Cyste ihm Erleichterung geschafft worden ist, kann ich nicht angeben, da er sich nach der Operation nicht mehr vorstellte.

Was die Aetiologie dieses Leidens anlangt, so ist leider noch nichts sicheres constatirt worden. Die Mehrzahl der Autoren ist geneigt der Heredität eine grosse Rolle zuzuschreiben. Arslan, Halbeis, Bresgen, Bekmann, Trautmann sehen die Ursache in der Tuberculose. Interessante Hypothesen stellten Quaife und Hopmann auf. Der erste glaubt, dass der Organismus gewisse Säfte bereitet, welche eine Wucherung des adenoiden Gewebes hervorrufen, während Hopmann die schleimige Hyperplasie als Degenerationszeichen der Menschheit auffasst [3]).

Nach meinen Erfahrungen scheint es unzweifelhaft, dass ungünstige hygienische Verhältnisse, vor allen Dingen feuchte, dunkle, schlecht ventilirte Wohnungen, die Abnormität stark begünstigen. Ungenügende Nahrung kommt erst in zweiter Linie in Betracht. In wie fern man diese Verhältnisse als wirklich ursächliches oder nur als begünstigendes Moment ansehen kann, darüber fehlen uns zunächst nähere Angaben. Es hat jedenfalls sehr viel verführerisches die Hypertrophie als Reaction des Organismus anzusehen.

Wenn man von der Anschauung ausgeht, dass der lymphatische Ring weder ein Atavismus (Bekmann) noch sonst ein unnützer Bestandtheil des Körpers ist, sondern seine physiologische Function — den Organismus vor fremden Eindringlingen zu bewahren — so gewinnt die obige Vorstellung an Boden. Alle Organe hypertrophiren bei übermässiger, wenn auch physiologischer Arbeit. Dass auf diese Weise aus der Schutzvorrichtung ein Hinderniss oder gar ein feindliches Lager wird, dass ist nichts Neues in der Pathologie.

Wenn man bei Erwachsenen die Drüse in situ betrachtet, so handelt es sich in der Mehrzahl um rund-

[3]) Neuerdings hat Plüder einen Artikel veröffentlicht, (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1898 Nr. 4) in welchem er die Anschauung von der Schutzvorrichtung des adenoiden Gewebes bekämpft ohne seine eigene Meinung klar auszusprechen

liche, glatte fleischfarbige Geschwülste, die an der Uebergangsstelle der oberen und hinteren Wand des Nasenrachenraums sitzen. Selten an der oberen, ziemlich häufig an der hinteren Wand. Meistens hat man den Eindruck, dass es sich um einen Tumor, ohne tiefere Einkerbungen handelt. Es giebt jedoch auch Fälle, wo sie hahnenkammförmig zerklüftet sind, mit Schleim bedeckt und selbst schleimig sulziges Aussehen haben. Bei Kindern ist diese Form überwiegend. Bei der Betastung sind sie derb und ziemlich schwer zu diagnosticiren. Die Nagelfläche des Fingers, welche sie abtasten muss, verfügt eben über weniger entwickeltes Feingefühl. Bei der Operation bleiben sie sehr leicht an einem Theil hängen und müssen mit der Scheere abgeschnitten werden.

Die Symptomatologie, über die ich mich nicht länger aufhalten will, bietet das eigenthümliche, dass die Schwere derselben in keinem Verhältniss steht zu der pathologisch-anatomischen Veränderung. Eine kleine Geschwulst, die mechanisch scheinbar gar nicht störend ist, die ausserdem von allen edleren Organen entfernt liegt, ist im Stande so intensive Beschwerden hervorzurufen, dass dem Patienten jede Lebensfreude geraubt wird. Eine gewisse Erklärung für diese Eigenthümlichkeit könnte vielleicht in dem Umstande gesucht werden, dass der Nasenrachenraum (Luschka-Zuckerkandl) nervenreicher als irgend eine andere Stelle des menschlichen Körpers ist. Nicht weniger als 4 oder gar 5 Nerven senden hierher ihre Verzweigung. Das mechanische Moment, die Verlegung der Nasenathmung mit allen ihren schweren Consequenzen, tritt bei Erwachsenen in weitaus den meisten Fällen zurück. Die Schwellungen an den übrigen Stellen des Rachenringes, an der hinteren Pharynxwand, den Seitenflächen, dem Gaumensegel, den Gaumenmandeln scheinen gleichfalls mässiger entwickelt zu sein.

Der Verlauf der Krankheit dürfte ohne operativen Eingriff sehr langwierig sein. Ob mit der Zeit gewisse Veränderungen oder gar spontane Heilung eintreten könne, wie Merrick anzunehmen geneigt ist, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Die Diagnose ist gewöhnlich nicht schwer, es kommt nur darauf an, dass man an das Vorhandensein einer Wucherung denkt und den Patienten daraufhin untersucht. Zu einer solchen Untersuchung sollten immer starke Schleimsecret imion Halse, protrahirter Schnupfen, anhaltendes Räuspern, Kopfschmerz, namentlich Ohrenleiden aller Art und Nasenbluten veranlassen. Die Untersuchung ist nur in einer Minderzahl schwer oder gar unmöglich in Folge excessiver Reizbarkeit[4]). Sicheren Aufschluss verschafft entweder die Spiegeluntersuchung oder auch die directe Beobachtung des Nasenrachenraums nach Katzenstein oder Lindt.

Die Fingerexploration ist in vielen Fällen nicht zu umgehen; sie kann jedoch aus bereits angeführten Gründen weniger leisten als man anzunehmen geneigt sein könnte.

Diese Untersuchungsmethode vollständig zu verwerfen wie Voltolini es will, weil sie zu roh sei, scheint mir zu weit gegangen zu sein. Dass sie dem Patienten gerade angenehm wäre, besonders wenn der Finger des Untersuchenden einen gewissen Umfang hat, lässt sich freilich nicht behaupten. Sie ist jedoch nicht unangenehmer als viele andere chirurgische Untersuchungsmethoden. Dabei lässt sie sich bei Kindern kaum umgehen.

Was die Therapie anlangt, so kann nur die Operation wirklich Nutzen schaffen. Die Pinselung, besonders mit Jodlösung oder Arg. nitr., was zu seiner Zeit von Meyer warm empfohlen wurde, findet gewiss noch Vertheidiger. Bei ängstlichen Patienten habe auch ich Jodpinselungen versucht. Trotz der ziemlich brüsken Manier mit Wattebausch und Pincette (Haarpinsel scheinen mir überhaupt verschiedene Unzulänglichkeit an sich zu tragen und werden in neuerer Zeit immer mehr und mehr verlassen) hat die Pinselung doch sehr wenig genützt. Bei näherer Beobachtung der Fälle wird man sich kaum veranlasst fühlen, dieselbe je zu versuchen. Wenn schon geringe Ueberbleibsel der Drüse, die dem Messer während der Operation entgehen, im Stande sind den Cyclus der Erscheinungen zu unterhalten, wie sollte man annehmen können, dass die Pinselung, die doch nur oberflächliche Veränderungen nach sich ziehen kann, erheblichen Nutzen schafft?

Die operative Entfernung könnte entweder auf galvanocaustischem Wege, durch Abreissen, Abschaben oder endlich Abschneiden geschehen. Das Zerdrücken mit dem Fingernagel, welches in Braune, Dalby u. A. warme Vertheidiger findet, kann man kaum Operation nennen.

Nach meiner Erfahrung gebührt der Vorzug von allen den genannten Methoden der Excision mit dem Messer.

Die Abschabung mit scharfem Löffel, von Trautman empfohlen, hat mehrere Unzulänglichkeiten: das Abreissen ist wenig chirurgisch, lässt immer Theile nach, die Galvanocaustik endlich ist nur bei sehr geduldigen Patienten möglich, schützt vor Nebenverletzungen nicht und bedarf der Spiegelbeleuchtung. Dass sie besonders Entzündungen Vorschub leisten sollte, wie Chiari glaubt, habe ich nicht constatiren können.

Alle genannte Operationsmethoden können jedoch mit Vortheil bei Nachoperationen in Anwendung kommen. Denn, wie ich gleich anführen will, ist die radicale Entfernung der Drüse, ohne irgendwo kleine Reste nachzulassen, in einer Sitzung nicht immer durchführbar.

Die Anzahl der Instrumente, mit denen man die Excision anstrebt, ist mittlerweile sehr gross geworden. Ich lege Ihnen hier einige derselben vor. Das gebräuchlichste von ihnen allen ist das Gottstein'sche Ringmesser. Die zahlreichen Modificationen desselben, wie auch das tägliche Erscheinen von neuen Instrumenten ist jedoch ein genügender Beweis dafür, dass ein dem Zweck vollständig entsprechendes Instrument noch nicht existirt. Auch ich habe eine kleine Modification an dem Gottstein'sche Messer angebracht, indem der Ring mehr viereckig gestaltet, im stumpfen Winkel an den Stiel ansetzt und die schneidende Fläche mehr nach aussen gedreht wurde. Durch dieses Instrument glaube ich die Möglichkeit gewonnen zu haben, von der oberen sowohl, als auch von der hintern Wand in einem Zuge die Hypertrophieen zu entfernen, da sie der von Bekmann geforderten Parallelstellung der zu schneidenden Flächen ganz gut entspricht. Die von Moritz Schmidt eingeführte Modification dürfte bei Erwachsenen selten befriedigende Resultate geben. Eine Unbequemlichkeit der von mir angebrachten Modification besteht darin, dass man, besonders bei jüngeren Individuen sehr leicht zu tief gelangt. Es ist mir schon zweimal passirt, dass das Messer am Atlas anhakte[5]). Die Rosenmüller'schen Gruben lassen sich mit ihr ebenso wenig wie mit anderen vollständig reinigen. Das Hängenbleiben von abgeschnittenen Drüsen an dünnen Schleimhautfetzen, das bei reizbaren Personen starke Würgbewegungen und Blutung hervorruft, kann gleichfalls nicht umgangen werden.

Die Blutung bei der Operation der Erwachsenen ist gewöhnlich unbedeutend, verhältnissmässig sicherlich geringer als bei Kindern und steht immer von selbst. Nur in einem Falle war sie so profus, dass man an Tamponade denken musste.

[4]) Vor einiger Zeit habe ich einen Fall beobachtet, bei dem schon die Oeffnung des Mundes zwecks Pharyngoscopie, den furchtbarsten Hustenanfall auslöste.

[5]) Neuerdings lasse sich die Schneide weniger nach aussen drehen. Bei dieser Modification habe ich keine Unbequemlichkeit zu verzeichnen gehabt.



Es handelte sich um einen jungen Officier, dessen Lymphring im Ganzen stark hypertrophisch war und der angab, überhaupt leicht zu bluten. Das Blut stürzte förmlich aus der Nase im dicken Strahle hervor. Glücklicher Weise stand es jedoch nach einiger Zeit von selbst.

Eine wirklich gefahrdrohende Blutung dürfte im Hinblick auf die Armuth an grösseren Gefässen in der Drüse und der hinteren Wand eine grosse Seltenheit sein. Trotzdem ist es rathsam, die Operation unter Zuziehung von Assistenz vorzunehmen. Die neulich aus Kopenhagen mitgetheilte Verblutung nach der Adenoidoperation lässt den Vorschlag noch mehr gerechtfertigt erscheinen.

Die Schmerzen werden von den meisten Patienten für nicht excessiv angegeben, besonders wenn man vorher eine Cocainpinselung vornimmt. — Das Interessante dabei ist, dasss sie in vielen Fällen in den Hinterkopf verlegt werden. Finke macht darauf aufmerksam, dass auch die Hypertrophie der Drüse häufig Schmerzen in dieser Gegend hervorruft.

Der Verlauf nach der Operation ist ausnahmslos günstig, nur in zwei Fällen habe ich leichte Affection des Mittelohres während der Periode der Heilung beobachtet, ohne dass sich die Möglichkeit einer zufälligen Coincidenz von der Hand weisen liesse. Diese Operationen gehören eben zu denen an den oberen Luftwegen, die alle so gut wie reactionslos verlaufen. — Mir scheint es daher vollständig zwecklos, die Vorbereitung zur Exstirpation durch Anordnung von Spülungen etc. compliciren zu wollen.

Ebenso sehe ich für Spülungen in der Nachoperationsperiode. für welche Moritz Schmidt plaidirt, keine Veranlassung.

Die anzustrebende Aseptik einer so versteckten buchten- und faltenreichen Höhle dürfte, wenn sie an und für sich nicht existirte, recht problematisch sein.

Die Heilung der Wunden erfolgt in ungefähr 14 Tagen bis 3 Wochen.

Wenn Theile von der Drüse oder von den Wucherungen nachbleiben sollten, so kann man sie galvanocaustisch, oder mit scharfem Löffel oder endlich mit demselben Ringmesser durch eine Nachoperation entfernen. Am schwierigsten lassen sich die Rosenmüller-sche Grube und die Tubenmündungen säubern, da man hier Galvanocaustik wegen nachfolgender Verwachsungen und Narbenretraction nicht anwenden darf. — Die nachgebliebenen Theile können leicht als Recidive imponiren. Dass wirkliche Recidive vorkommen sollten, wie das von verschiedenen Seiten behauptet wird, dürfte, wenn die Drüse vollständig ausgeschält wird, schwerlich möglich sein. Es handelt sich ja um ein Organ, welches exstirpirt, nicht wieder wachsen kann. Bei den vermeintlichen Recidiven handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach noch um Reste, die bei der Operation zurückgeblieben sind und die dann freilich weiter wuchern können.

Referate.

Ossian Schaumann und T. W. Tallqvist: Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 20. 1898).

Zur Erklärung der schweren Anämien, die durch den Bothriocephalus latus nicht selten hervorgerufen werden, wurde in jüngster Zeit die moderne Intoxicationslehre herangezogen; man stellte sich vor, dass der Wurm unter gewissen Bedingungen ein Gift producire, das, in die Blutbahn aufgenommen, eine gesteigerte Zerstörung der rothen Blutkörperchen bewirke. Schaumann und Tallqvist haben nun auch auf experimentellem Wege die globulicide Eigenschaft des breiten Bandwurms erwiesen und zwar gelang es ihnen festzustellen, dass diese Eigenschaft nicht nur denjenigen Parasiten, welchen von Personen mit Bothriocephalusanämie abgetrieben worden sind, zu Gute komme, sondern, dass auch Parasiten von nicht anämischen Individuen mit blutkörperchenauflösenden Eigenschaften ausgestattet seien. Den Thieren — meist kleineren erwachsenen Hunden, wurde der vorher in verschiedener Weise präparirte Wurm per os oder subcutan verabfolgt (innerlich — entweder mit Trypsinlösung digerirt, oder mit physiologischer Kochsalzlösung zerrieben oder einfach in kleinen Stückchen zerschnitten; subcutan — in Form eines durch Chamberland'sche Filter gelaufenen Kochsalzextractes). Bei allen Hunden erhielten die Autoren eine markante Reaction seitens des Blutes, es liess sich eine Verminderung sowohl der Blutkörperchenzahl, wie der Färbekraft des Blutes nachweisen; meistens konnten sie schon nach der ersten Dosis eine Abnahme um 1,000,000—1,500,000 Blutkörperchen pro Cubikmillimeter nachweisen. Bei einem Hunde, der vor dem Beginn des Versuchs 7,200,000 Erythrocyten im Cubmm. hatte und etwa 2 Wochen unter Einwirkung des Wurmauszuges gewesen war, verminderte sich die Zahl der rothen Blutkörperchen auf 3,400,000 im Cubmm. Während der Entwickelung der Anämie traten zahlreiche Blutkörperchenschatten im Blute auf. Der Hund zeigte in sehr deutlicher Weise die gewöhnlichen klinischen Symptome einer schweren Anämie. Er war hochgradig apathisch, die sichtbaren Schleimhäute waren ausserordentlich blass; unter den Erscheinungen allgemeiner Erschöpfung ging das Thier zu Grunde. An Kaninchen konnten die Autoren keine globulicide Eigenschaft des Wurmextracts nachweisen, und diese verschiedene Reactionsfähigkeit des Hunde- und Kaninchenblutes gegenüber dem Wurmauszug bestätigte sich in schöner Weise durch Reagenzglasversuche. Es wurde defibrinirtes Blut mit 20 Volum. 0,75%-iger Kochsalzlösung verdünnt und von dieser Mischung 4 ccm. in je ein Reagenzglas gebracht. Von dem Wurmextract wurde dann eine bestimmte Anzahl Tropfen, 5—10—30 in jeder Röhrchen gegossen. Nach Verlauf einiger Stunden stellte sich nun heraus, dass in den Kaninchenröhrchen gar keine Lackfärbung eingetreten war, dass aber in den Hunderöhrchen sich eine starke Auflösung des Blutfarbstoffes vollzogen hatte. Die Versuche lehren somit, dass der Wurmauszug gegenüber dem Hundeblut ausgesprochene globulicide Eigenschaften besitzt, während derselbe auf Kaninchenblut keine nennenswerthe Wirkung ausübt.

Abelmann.

E. Biernacki: Zur Aetiologie der functionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie). Neurologisches Centralblatt, 1898, Nr. 6.

Blutuntersuchungen in 2 Fällen schwerer Neurasthenie brachten B. auf den Gedanken, dass der pathogenetische Schwerpunct bei den functionellen Neurosen nicht im Nervensystem liegen kann. Das Blut dieser Kranken nämlich sedimentirte so langsam wie defibrinirtes Blut und bildete dabei einen grösseren Niederschlag, als in der Norm. Quantitative Fibrinbestimmungen ergaben unternormale Werthe. Dabei waren der Wasser- und Hämoglobingehalt, der Gehalt an anorganischen Bestandtheilen, die Blutkörperchenzahl normal oder fast normal. B. beschrieb diesen Zustand als «Oligoplasmie» bereits vor einigen Jahren. Seitdem hat er im Verein mit Dr. Luxenburg systematisch diese Untersuchungen nach der Methode der spontanen Blutsedimentirung fortgesetzt. In den ca. 50 bisher untersuchten Fällen von Hysterie und Neurasthenie wurden constant Abnormitäten gefunden, und zwar kam bei Subjecten mit vorwiegend neurasthenischen Symptomen eine abnorm langsame Sedimentation, bei den Patienten mit hysterischem Krankheitsbilde eine abnorm rasche Senkung sehr häufig zum Vorschein. «Indem die spontane Blutsedimentirung mit dem Fibringehalte des Blutes im engen Zusammenhange steht, darf man es als feststehend annehmen, dass bei Hysterie und Neurasthenie der Gehalt an Fibrinogenen, deren Umwandlung und Degeneration im absterbenden Blute und die Fibrinmenge im Verhältniss zur Fibrinogenmenge constant abnorm sind». Diese Thatsache weist auf einen abnormen Ablauf der Oxydationsprocesse im Organismus hin. Gestützt wird diese Hypothese durch folgende klinische Erscheinungen. Die helle Färbung des venösen Blutes bei einigen Neurasthenikern neben ganz normaler Blutkörperchenzahl und ganz normalem Wasser- und Hämoglobingehalt. Ferner kann sich der hystero-neurasthenische Symptomencomplex als Folge verschiedenartiger Constitutionserkrankungen, deren Ausgangspunct nicht im Nervensysteme liegt, also secundär einstellen, wofür die Chlorose den schlagendsten Beweis liefert. Ferner das secundäre Auftreten der functionellen Neurose bei Morbus Basedowii, auf der Basis der harnsauren Diathese, der chronischen Nephritis. Weiter die nahe hereditäre Verwandtschaft der Neurosen mit Gicht, Diabetes, Adipositât, chronischem Rheumatismus, lauter Erkrankungen, deren Wesen auf abnormen Oxydationsprocessen beruht, sowie der auffallende Parallelismus zwischen dem Verlaufe beider Krankheitsgruppen. Endlich das Auftreten

der Hysterie unter dem Einflusse von rein materiellen Agentien, wie der chronischen Intoxication mit Morphin, Schwefelkohlenstoff, Infectionskrankheiten, wie von «Erkältung», Abortus, Angina simplex. «Es erscheint wahrscheinlich, dass die sogenannten functionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie) keine primären Erkrankungen des Centralnervensystems, sondern nur secundäre Symptomencomplexe in Folge der Einwirkung der Produkte einer primären Oxydationsstörung auf das Nervensystem sind. Somit sollen die Hysterie und Neurasthenie Erkrankungen ganz von demselben Wesen sein, wie Zuckerkrankheit, Gicht, krankhafte Adipositat, überhaupt pathologische Zustände, welche auf abnormen Oxydationsprocessen im Organismus beruhen». Wo der Ausgangspunct der letzteren zu suchen ist, bleibt vorläufig unklar, man muss sich mit der Annahme einer angeborenen Fehlerhaftigkeit des Oxydationsapparates behelfen.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Lepra. Bibliotheca internationalis., edita a: Ernest Besnier, Karl Dehio, Armauer Hansen, Jonathan Hutchinson, Albert Neisser.

Das unter vorstehendem Titel in der Entstehung begriffene internationale Lepra-Archiv sei hiermit der Aufmerksamkeit unserer Leser empfohlen.

Die Unterzeichneten sind zusammengetreten, um einer auf der Berliner Lepra-Conferenz vielseitig geäusserten Anregung entsprechend ein Internationales Lepra-Archiv herauszugeben.

Die Lepra nimmt unter den die Menschheit verheerenden Seuchen eine ganz hervorragende Stelle ein. Ihr Studium ist nach vielen Richtungen hin ganz besonders erschwert. Die Arbeiten, welche sich mit ihr beschäftigen, sind bisher an sehr verschiedenen, oft schwer auffindbaren Stellen publicirt worden. Die Erfahrungen grade der letzten Jahre, die mannigfachen, alle Fragen der Lepralehre betreffenden Discussionen haben aufs Deutlichste gezeigt, dass die Pathologie, Histologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie, Statistik und Geographie dieser Krankheit noch des eingehendsten Studiums bedürfen. Nur durch eine an In- und Extensität zunehmende Beschäftigung mit der Lepra können die Grundlagen befestigt werden, auf denen der Kampf mit diesem Leiden aufzunehmen ist, von denen aus den gesetzgebenden Factoren die zu seiner Abwehr nothwendigen Massnahmen vorgeschlagen werden können.

Es bedarf keiner weiteren Ausführung, wie sehr all das erleichtert wird, wenn an einer centralen Stelle, in einem internationalen Organ alle diese Bestrebungen zusammengefasst werden. Dasselbe müsste nicht blos die wissenschaftlichen Arbeiten über Lepra, sondern auch alle administrativen und legislativen Bestrebungen in sich vereinigen. Neben den Originalbeiträgen wür den auch Referate über alles mit der Lepra Zusammenhängende gebracht werden müssen.

Die Arbeiten sollten möglichst in deutscher, englischer oder französischer Sprache geschrieben sein, doch wünschen die Unterzeichneten, dass keine Sprache prinzipiell ausgeschlossen werde — nur erscheint es nothwendig, dass jede Arbeit am Schlusse Conclusionen in mindestens einer der erwähnten drei Sprachen enthalte.

Ehe weitere Schritte gethan werden, ehe namentlich an die buchhändlerische Organisation gedacht werden kann, müssen die Herausgeber sich naturgemäss der Theilnahme möglichst aller Leprarforscher versichern.

Wir hoffen, dass das projectirte Unternehmen auch in Russland energische Mitarbeiter und Förderer finden wird.

D—o.

K. Czerwenka. Das Baden der Neugeborenen in Beziehung zur Nabelpflege und zum Körpergewicht. Wien. klin. Wochenschrift. 1898. Nr. 11.

Das Bad der Neugeborenen welches durch lange Zeit eine unumstrittene Gepflogenheit gewesen, ist in letzter Zeit zum Gegenstand lebhafter Controverse geworden. Verschiedene Autoren traten als rigoroseste Gegner desselben auf: einerseits wurde die Infectionsgefahr der Nabelwunde für eine eminent grosse erachtet, und deshalb sollte das Bad der Neugeborenen verwerflich sein, andererseits machten die Gegner des Bades dieses für den gestörten Verlauf der Mumification des Nabelchnurrestes verantwortlich. Auch sollte nach einigen Autoren die Gewichtszunahme der ungebadeten Kinder keine Einbusse erleiden, ja sogar früher und stetiger erfolgen, wie bei gebadeten Säuglingen.

Czerrenka hat nun im Auftrage Prof. Rokitansky's, in letzterer Klinik diesbezügliche Controlversuche angestellt. Der Beobachtung wurden 400 Säuglinge unterzogen, von welchen 200 gebadet, und die Uebrigen 200 ungebadet blieben.

Verf. kam nun zu folgendem Ergebniss: «das Baden der Neugeborenen ist beizubehalten. Denn weder stört das Bad den reactionslosen Verlauf der Nabelwundheilung noch ist der Mumificationsprocess des Nabelstrangrestes ein verzögerter, und schliesslich gedeihen gebadete Neugeborene besser als nicht gebadete».

Hecker.

Гипнотизмъ, его теоретическія основы и практическое примѣненіе, въ общедоступномъ изложеніи, Альберта Молля. Переводъ д-ра Д. Фридберга. С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера. 1898.

Das Moll'sche Werk hat in deutscher Sprache in verhältnissmässig kurzer Zeit 3 Auflagen durchgemacht. Diesen Erfolg hat dasselbe sowohl seinem Inhalte, als der objectiven und umfassenden Darstellung des gegenwärtigen Standes der Hypnosefrage zu verdanken. Nach einer kurzen historischen Einleitung giebt Verf. eine ausführliche, klare, streng wissenschaftliche Uebersicht über die Psychophysiologie der Hypnose und ähnlicher Zustände, die er weiterhin auf Grund der neuesten Errungenschaften der Physiologie und Psychologie zu erklären sucht. Die folgenden 2 Capitel sind der therapeutischen und gerichtlich-medicinischen Anwendung des Hypnotisnus gewidmet. Auch des thierischen Magnetismus, der Telepathie, des Hellsehens und anderer mit dem Hypnotismus in Zusammenhang gebrachter Erscheinungen wird im Buche Erwähnung gethan. Die zahlreichen eigenen Experimente und Beobachtungen des Verf. machen sein Werk besonders werthvoll. Was speciell die uns vorliegende russische Uebersetzung anbetrifft, so muss dieselbe als eine sehr gelungene bezeichnet werden. Der frische, leichte Stil macht die Lectüre derselben angenehm. Dank dieser Uebersetzung wird das vortreffliche Buch hoffentlich auch in russischen Kreisen grosse Verbreitung finden. Hinzufügen möchten wir noch, dass dasselbe nicht nur für Aerzte, sondern auch für Juristen und Psychologen berechnet ist, weshalb wir auch diesen das Buch nur angelegentlichst empfehlen können. Die Ausstattung desselben ist eine sehr gute.

A. Sacher.

Auszug aus den Protokollen
des Aerztevereines von Illuxt und Umgegend.

1. ordentliche Sitzung am 19. August 1897.

1. Dr. Johnas u. Dr. Krüger: Vorstellung von zwei geheilten Patienten, die sich durch ein Trauma einen Schädelbruch in der Stirngegend nebst Hirndefekt zugezogen hatten.

2. Dr. Vierhuff: Kurze Mittheilungen aus der chirurgischen Praxis.

3. Dr. Jürgensohn: Ueber den Tod von Darmzellen (abgedr. in der St. Pet. med. Wochenschr. 1898, Nr. 18).

2. ordentliche Sitzung am 1 November 1897.

1. Dr. Jürgensohn: Ueber die Indikationsstellung bei den Magendarmkrankheiten der Säuglinge (abgedr. in der St. Pet. med. Wochenschr. 1897, Nr. 34).

2. Dr. Frobeen: Die idiopatische Kindertetanie.

Vortragender berichtet über einige Fälle von idiopatischer Kindertetanie, die er in Griwa-Semgallen beobachtet hat und beschreibt diese Krankheit, wobei er im Grossen einem Vortrage von Dr. Cassel folgt (ct. Deutsche med. Wochenschr. 1897). Dennoch ist erst in den letzten Jahren dieses Krankheitsbild klargestellt. Man unterscheidet eine manifeste u. eine latente Tetanie bei Kindern von 3 Monaten bis zum 3 Jahr. Beiden sind folgende Symptome gemeinsam:

1) das Trousseau'sche,
2) das Erb'sche,
3) das Chwostak'sche Symptom,
4) die mechanische Erregbarkeit der Muskeln u. Nerven.

Die letzten beiden Symptome (3 u. 4) unterstützen nur die Diagnose, während die beiden ersten pathognomisch sind.

Die manifeste Kindertetanie charakterisirt sich durch spontane, anfallsweise auftretende, schmerzhafte tonische Kontraktion symmetrischer Muskelgruppen, besonders an den Extremitäten, bei gleichzeitigem Vorhandensein gesteigerter mechanischer Erregbarkeit der Nerven u. Muskeln, ohne Bewusstseinsstörungen: beide Oberarme sind an den Thorax fest adducirt, die Vorderarme im Ellenbogen spitzwinkelig gebeugt u. in Supination; die Hände sind leicht flektirt, der

gestreckte Daumen ist in stärkster Adduction in die Vola manus geschlagen, über ihn hinweg legen sich die übrigen Finger, die in den Metacarpophalangealgelenken gebeugt, in den Fingergelenken gestreckt sind (Trousseau: main d'accoucheur). Die unteren Extremitäten sind an den Leib herangezogen, in den Kniegelenken gebeugt, die Füsse in Equinus- oder in Equinovarusstellung.

Therapie: langdauernde warme Bäde (28—30° R., 20 Minuten), Bromkali oder Chloralhydrat 1,5—2,0: 80,0, 1—2 stündl. 1 Kinderlöffel.

Sektionsbefund bis jetzt negativ; in einzelnen Fällen akuter Hydrocephalus.

Mit Rhachitis u. Laryngospasmus hat Tetanie nichts zu thun, scheint nur bei rhachitischen Kindern häufiger zu sein.

3. ordentliche Sitzung am 4 Februar 1898.

1) Dr. Frobeen: Demonstration eines 12-jährigen Knaben, bei dem die Beweglichkeit der Oberschenkel in den Hüftgelenken behindert ist. Die Erkrankung begann vor 8 Monaten mit Schmerzen. Es wird bei Demonstration von anderen Seiten stark die Vermuthung ausgesprochen, dass Muskelkontraktion vorliege, wegen Unklarheit des Falles aber wird nähere Untersuchung u. Beobachtung verlangt.

2) Dr. Noischewski: Die Behandlung des chronischen Trachoms. Entsprechend den 3 Etagen der konjunctivalen Drüsen, der Meibom'schen, der hinteren Tarsaldrüsen und der Schleimdrüsen an der Uebergangsfalte (Krause, Schmidt-Rimpler) kann man auch 3 Arten von trachomatöser Entartung der Lider unterscheiden:

1. Trachoma folliculare; 2. Trachoma induratum; 3. Trachoma molle. Das Trachoma induratum unterscheidet sich von den anderen Formen des chron. Trachomas hauptsächlich dadurch, dass die Drüsen des subconjunktivalen Gewebes u. des Tarsus, aber auch die Muskeln und die Nerven afficirt werden (Ptosis, trophische Hornhautstörungen). Wenn die Conjunctiva noch vollständig glatt ist und sich noch keine Spur von Sekret findet, kann man auf dem zurückgeschlagenen oberen Lide kleine weisse Flecken finden, die aber nicht über das Niveau der Conjunctiva hinüberragen. Mit der Zeit, bisweilen erst nach einigen Jahren, degenerirt die Conjunctiva, das subconjunctivale Bindegewebe und der Tarsus, und auf der degenerirten Conjunctiva erheben sich häufig zahlreiche Condylome (Trachoma induratum condylomatosum).

Das Trachoma molle unterscheidet sich vom Trachom induratum dadurch, dass die Krankheit sich nur auf die Uebergangsfalte lokalisirt; die Conjunktiva des Tarsus u. der Tarsus selbst sind niemals afficirt.

Bei der Machtlosigkeit unserer Therapie dem Trachom gegenüber, hatte man schon lange daran gedacht, dasselbe auf operativem Wege zu entfernen. Die jetzt am meisten geübten Methoden sind: das Herausdrücken der einzelnen Granula, das Herausschneiden der Bindehautfalte u. das Auspinseln der Trachomkörner (Schröder).

Obgleich nicht zu leugnen ist, dass diese Methoden häufig bei gewissen Formen des chron. Trachoms indicirt sind und dann auch Nutzen schaffen, so giebt es doch auch wieder viele Fälle, in denen sie nicht mehr leisten, wie gewöhnliche Scarificationen. Die Degeneration der Drüsen und des subconjunctivalen Gewebes bei Trachoma induratum brachte mich auf den Gedanken alle diese Schichten zu entfernen und durch gesunde Schleimhaut vermittels der Transplantation zu ersetzen.

Bereits 1876 hat Pufahl, Assistent von Prof. Hirschberg, einen Fall veröffentlicht, wo Hirschberg wegen Verödung der Bindehaut nach Kalkverbrennung Mundschleimhaut des Kranken überpflanzt hatte und zwar mit Erfolg. Nachher führten E. von Millingen bei Entropium, A. Benson, W. Smith, S. Snell dieselbe Operation bei anderen narbigen Processen der Conjunctiva aus.

Soviel mir bekannt, habe ich die Transplantation von Mundschleimhaut bei Behandlung des chron. Trachoms zuerst ausgeführt. Sowohl im ersten, als auch in den darauffolgenden Fällen verfuhr ich bei der Operation folgendermaassen: an dem zurückgeschlagenen oberen Lide umschnitt ich mit dem Gräfe'schen Messer die Grenzen des zu entfernenden Schleimhautlappens, worauf ich von den Rändern dieses Feldes an alles bis auf den Knorpel abschabte. Darauf schnitt ich aus der Lippe ein entsprechendes Stück Schleimhaut heraus, übertrug es auf die von der Schleimhaut entblösste Stelle des Lides und befestigte es vermittels vier Nähte in einem Abstande von etwa 4 mm. von dem freien Lidrande, d. i. wo sich sonst ungefähr der Sulcus posttrachomatosus zu bilden pflegt. Die Schleimhautlappen schnitt ich aus der Lippe mit Hülfe einer der Snellen'schen ähnlichen Pincette, theils um eine Stütze zu haben, theils um eine stärkere Blutung zu meiden. Sie waren in allen Fällen fast von derselben Grösse, ungefähr 1½ cm. lang und 8—10—11 mm. breit. Von den 4 Nähten waren die vorderen durchgehende bis auf die Haut des Lides, sie fixirten den Lappen. Die anderen beiden hinteren Nähte waren mehr oberflächlich geführt.

Man hat 3 Stadien in der Anheilung der Schleimhautlappen an die Bindehaut der Lider zu unterscheiden:

1) Das Stadium der Maceration.
2) » » » Vaskularisation.
3) » » » Gefässverödung.

Das Stadium der Maceration dauert 5—7 Tage und je nachdem, in welchem Umfange die Maceration vor sich geht, stirbt der Lappen ab oder heilt an.

Das Stadium der Vaskularisation zieht sich sehr lange hin, nämlich mehrere Monate (3, 4 und wie es scheint noch länger). Der Lappen schwillt in dieser Zeit infolge der starken Blutzufuhr an, er erscheint fleischig und hypertrophisch und blutet leicht bei dem geringsten Trauma. Wird eine sehr starke Hyperämie bemerkt, so sind leichte Scarificationen sehr am Platze.

Die Beschreibung der von mir ausgeführten ersten 8 Fälle von Conjunctiva plastica findet sich im Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde 1890. Seitdem habe ich noch 25 mal die Conjunctiva plastica gemacht, verfüge also über 33 Fälle.

Da ich mich schon auf diese Zahl und auf eine längere Beobachtungsdauer stützen kann, bin ich im Stande, mich bestimmter sowohl über die Indikationen, als auch über den Gang und den Nutzen der Operation auszusprechen.

Ich halte die Operation für nichtindicirt in all den Fällen, wo man noch hoffen darf mit der gewöhnlichen Therapie zu einem guten Resultate zu gelangen, besonders aber dort, wo die Hornhaut noch vollständig intakt ist und die normale Sensibilität besitzt. Das Verfahren giebt in all den Fällen, wo das Trachoma induratum mit Pannus crassus verbunden ist und die Sehschärfe gleich $\frac{1}{\infty}$ ist, verhältnissmässig schnelle und gute Resultate und kann überhaupt für ein radikales gehalten werden.

3. Dr. Lau: Ueber die Behandlung der chroniscen Lungentuberkulose mit Zimmtsäure.

Anknüpfend an die Krankengeschichte eines Patienten teilt Vortragender näheres über diese Behandlungsmethode mit. Landerer ging von der Beobachtung aus, dass die Tuberkulose infolge ihres eminent chronischen Verlaufs keine reaktive Entzündung hervorruft und daher sich ungestört weiter verbreiten kann. Um dem abzuhelfen, injicirte er nach vielen diesbezüglichen Versuchen Zimmtsäure in Emulsionsform in die Venen und später in die Muskulatur. Von hier wird sie allmählich vom Blutstrom hauptsächlich zu den Krankheitsherden geführt, wo sie eine geringe aseptische Reaktion hervorruft, welche sich durch langdauernde Wiederholung der Injektionen bis zu einer bindegewebigen Abkapselung ausbildet. Zu den Specificis gehört die Zimmtsäure daher nicht, aber sie hilft dem Organismus sich gegen die Tuberkulose zu schützen. Auch praktisch erreichte Landerer günstige Resultate, welche von Heusser mit einem grösseren Materiale bestätigt wurden.

4. Magister Jutt: Ueber die in seinem Laboratorium (Dwinsk) in den letzten zwei Jahren zur Untersuchung gelangten Medikamentenverfälschungen.

Zuerst weist Redner darauf hin, dass solche Fälschungen nichts neues seien, wie der vor einigen Monaten in Moskau aufgedeckte Betrug des Kaufmanns erster Gilde S. bezeugt; dann wendet er sich zu den hiesigen Verhältnissen. Die zur Untersuchung gelangten Objekte stammen theils vom Publikum, theils von verschiedenen Aerzten, theils hat sich Vortragender die betreffenden Arzneien holen lassen und zwar in solchen Fällen, wo er durch die fabelhafte Billigkeit beim Verkauf — oft 40% unter dem Einkaufspreis — aufmerksam wurde. Hauptsächlich gefälscht wird:

1. Jodkali wird mit Salpeter vermengt; auf 1 Theil JK 2—3—4—8 Theile Salpeter. JK 30,0=58 Kop.; 30,0 Salpeter = 1,5 K. 5 Fälle.

2. Ichthyol wird mit Zuckercouleur im Verhältniss von 1:10, 1:6, 1:7 gemischt. Beobachtet 3 Fälle. 30,0 Ichthyol = 55 K.; 30,0 Zucker = 1 K.

3. Liquor ferri albuminati wird mit Aq. cinamomi im Verhältniss von 1:3 und 1:2 versetzt. Beobachtet 6 Fälle. 30,0 Liq. ferr. alb. = 6 K. 30,0 Aq. cinam. 1 K.

4. Phenacetin wird theils mit Antifebrin versetzt und theils wird anstatt Phenacetin vollständig reines Antifebrin abgelassen. Beobachtet sind 13 Fälle. In 2 Fällen war nach Recepten unter dem Namen Phenacetin reines Antifebrin abgelassen worden, in den übrigen Fällen kam auf 1 Theil Phenacetin 6—15 Theile Antifebrin. 25,0 Phenacetin = 30 K., 30 Antifebrin = 8 K.

5. Antipyrin wird mit Natr. Kalitartaric. und mit Magnes. sulfuric. gemischt im Verhältniss von 1:3 und 1:4. Beobachtet 7 Fälle. 30,0 Antipyrin=130 K. Natr. kal. tartar. 30,0=6 K. 30,0 Magn. sulfur.=0.35 K.

6. Ammon. bromat., Natr. bromat. und Kal. bromat. wurden mit Na chlorat. gemischt und zwar 1:6—10. Beobachtet 16 Fälle. 30,0 Amon., Kal. u. Natr. bromat = 13 K. Natr. chlorat 30,0 = ⅓ K.

7. Kali chloricum wird mit Natr. nitricum gefälscht im Verhältniss von 1:5—7. Beobachtet 2 Fälle. 30,0 Kal. chloric. = 4 K. 30,0 Natr. nitric. = 1 K.

8. Salipyrin wird mit Antifebrin und Salicylsäure gemischt im Verhältniss von 1:3 bis 1:10. Beobachtet 14 Fälle. In 3 Fällen bestand das Pulver aus einem Gemisch von nur Antifebrin und Salicylsäure. Alle 13 Fälle waren nach Recepten von Aerzten abgelassen worden. 25,0 Salipyrin=80 K.; 30,0 Antifebrin=8 K.; 30,0 Acid. salicyl.=10 K.

9. Hämogallol wird mit getrockneten, feingepulverten Blute 1:10 gemischt. Beobachtet 2 Fälle. 30,0 Hämogallol = 30 K. Getrocknetes Blut 30,0 = 1 K.

10. Hämol wird ebenfalls mit Blut gemischt 1:10 bis 1:15. In einem Falle war statt Hämol vollständig unvermischtes getrocknetes Blut verabfolgt worden. Beobachtet 4 Fälle. 30,0 Hämol = 35 K. 30,0 Blut = 1 K.

11. Guajacol. carbonic. wird mit Milchzucker, Magnesia und in einem Falle mit Sulfonal gemischt im Verhältniss von 1:10—15. Beobachtet 17 Fälle. Guajacol. carbon. 25,0—100 K., Magnesia 30,0 = 3 K., Milchzucker 30,0 = 7 K., Sulfonal 30,0 = 30 Kop.

12. Europhen mit Dermatol 1:15. Beobachtet 5 Fälle. Europhen 25,0=300 K., Dermatol 30,0=60 K.

13. Natürliches Emser-Kränchen. Es wird in Krüge von Emser Kränchen Wasserleitungswasser ohne jeglichen Zusatz gefüllt und die Krüge mit richtigen Staniolkappen versehen. Beobachtet 2 Fälle. Emser Kränchen 1/2=40 K. Wasser=0 K.

14. Vichy, natürliches. Es wird eine Sodalösung 1:1000 mit etwas Salzsäure versetzt und in die Vichyflaschen abgefüllt, Etiquetten und Staniolkapseln von Vichy werden angelegt und das natürliche Vichy ist fertig. Beobachtet 5 Fälle. Vichy 1/1=60 K. Wasser + Soda=0 K.

15. Natürliches Hunyadi Janos. Eine Magnesiasulfuricalösung 1:50 wird in Originalflaschen verpackt. Beobachtet 7 Fälle. Hunyadi Janos 1/1 Fl. = 40 K. Magnesialösung 1 K.

16. Natürlicher Obersalzbrunnen. Eine Lösung von Soda 1:1000 wird mit Salzsäure (s. 1,0) versetzt und in Obersalzbrunnen-Flaschen gefüllt. Beobachtet 4 Fälle. Obersalzbrunnen 1/1 Fl.=50 K. Sodalösung+Salzsäure=1 K.

17. Himbeerensyrup. Zuckersyrup wird mit Fuchsin gefärbt und mit sogenannten künstlichen Himbeeräther (aus Fusel dargestellt) versetzt. Beobachtet ein Fall. Himbeerensyrup 30,0 = 5 K., gefälscht 30,0 = 1 K.

18. Salol wird mit Milchzucker 1:6—10 versetzt. Beobachtet 3 Fälle. Salol 30.0 = 18 K. Sacchar. lact. 30,0 = 6 K.

19. Extr. cascar. sagrad. fluid. wird mit einer Lösung von gebranntem Zucker 1:5—12 versetzt. Beobachtet 14 Fälle. Extr. c. s. fl. 30,0 = 20 K., gebrannter Zucker 30,0 = 1 K.

20. Extr. hydrast. canadens. fluid. wird mit einer Lösung von gebranntem Zucker 1:6—10 versetzt. Beobachtet 17 Fälle. Extr. hydr. canad. fl. 30,0 = 30 K., Zuckercouleur 30,0 = 1 K.

21. Extr. condurango fluid. wird mit Zuckercouleur 1:8—10 ersetzt. Beobachtet 8 Fälle. Extr. condur. fl. 30,0 = 25 Kop.

22. Natr. salicylic. wird mit Zuckerpulver 1:4 vermischt. Beobachtet 3 Fälle. Na. salicyl. 30,0=16 K. Zucker 30,0=1 K.

23. Chinin. sulfuric. et muriat. wird mit Cinchonin. mur. et sulf. versetzt 1:30—60; in 3 Fällen wurde nur reines Cinchonin abgelassen. Beobachtet 21 Fälle. Chinin. mur. 30,0 = 140 K. Cinchon. 30,0 = 20 K.

24. Aristol wird mit Bismuth. subnitr. vermischt 1:8—9. Beobachtet 3 Fälle. Aristol 30.0=320 K., Bism. subn. 30,0 = 30 K.

25. Diuretin wird mit Coffein natro-salicyl. vermischt 1:90. Beobachtet 6 Fälle. Diuretin 25,0=190 K., Coff. natr.-salicyl. 25,0 = 80 K.

5) Dr. Holovko. Demonstration eines exstirpirten Ovarialcystoms. Der Tumor ist ziemlich gross — sein Gewicht beträgt 12 ℔, — sehr prall gespannt und mit einer blutigen Flüssigkeit gefüllt; die Wände des Tumors sind entzündet und zum Teil mit frischen, fibrinösen Auflagerungen bedeckt, zum Theil nekrotisch. Dies alles ist die Folge der Stieldrehung des Tumors, welche in diesem Falle auch die zwingende Indikation zum operativen Eingriff abgab.

Die Trägerin des Tumors, ein 27-jähriges, unverheirathetes kräftiges Mädchen, erkrankte bereits vor 2 Wochen während der Menses mit heftigen Schmerzen im Unterleibe, die allmählich nachliessen, bis vor 3 Tagen plötzlich die furchtbarsten Schmerzen wieder eintraten.

Eine Vergrösserung des Unterleibes soll schon seit Jahren bestanden haben, ohne dass P. darauf geachtet hätte.

Bei der Aufnahme erweist sich ihr Puls auf 130 beschleunigt, Temperaturerhöhung 38,5, Sensorium frei. Es bestehen die heftigsten Schmerzen im Unterleibe, so dass P. in einem fort wimmert und jammert. Das Abdomen ist stark vorgewölbt, sehr empfindlich, selbst bei der leisesten Berührung, doch lässt sich die Vorwölbung als ein harter, sehr stark gespannter Tumor bestimmen; Fluktuation ist nicht vorhanden. Bei der Perkussion findet man einen dumpfen Schall von der Symphyse bis über den Nabel, nur eine schmale Zone am proc. xiphoid. giebt einen hellen Ton; in den abhängigen Partien ebenfalls heller Ton. Die Perkussion ist sehr schmerzhaft.

Bei der inneren Untersuchung fühlt man nur die untere Partie vom Uterus; das kleine Becken ist frei.

Urin sehr dunkel, eiweissfrei. Der Stuhlgang ist seit 3 Tagen angehalten. Flatus gehen nicht ab, trotz hoher Eingiessungen. Es wurde die Diagnose auf beginnende Peritonitis in Folge einer Stieldrehung eines Ovarialtumors gestellt, was sich auch bei der Operation bestätigte.

Operation: sehr langer Schnitt in der linea alba; nach Eröffnung des Peritoneums entleeren sich 2 Liter einer dunkelbraunen, blutigen Flüssigkeit. Hervorwälzung des Tumors in toto; derselbe geht vom rechten Ovarium aus und ist an seinem Stiel um 360° gedreht und zwar verläuft die Spirale im Küstner'schen Sinne, so dass sie von rechts nach links vorne herum aufgedreht werden muss. Unterbindung des Stieles in 3 Partien. Naht der Bauchdecken mit 34 Suturen. Dauer der Operation 1½ Stunden. Abfall der Temperatur, reaktionsloser Verlauf und Heilung der Bauchwunde per primam.

D. z. Secretär H. Lau.

Vermischtes.

— Dem Inspector des Hofmedicinalwesens, Leibchirurgen des Hofes Sr. Kaiserl. Majestät, wirkl. Staatsrath Dr. Weljaminow, ist Allerhöchst gestattet worden, den ihm verliehenen Japanischen Orden der Aufgehenden Sonne III Classe anzunehmen und zu tragen.

— Der Professor und Accoucheur der St. Petersburger Entbindungsanstalt, wirkl. Staatsrath Dr. E. Bidder, ist zum Gehülfen des Directors der genannten Anstalt und der Docent und Repetitor derselben Anstalt, Staatsrath Dr. Danilowitsch, zum Professor und Accoucheur dieser Anstalt ernannt worden.

— Der ausseretatmässige ältere Medicinalbeamte des Medicinaldepartements, Collegienrath Dr. Kassjanow ist als ausseretatmässiger Arzt an der St. Petersburger Entbingungsanstalt angestellt worden, unter Belassung in seiner gegenwärtigen Stellung.

— Der bekannte Psychiater, Prof. Dr. Ludwig Meyer ist zum Ehrenmitglied des Vereins Schweizer Irrenärzte gewählt worden.

— Der Director der zoologischen Station in Neapel, Prof. Dr. Anton Dohrn, ist von der Universität Cambridge zum Ehrendoctor ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 20. Juni zu Wiesbaden der frühere St. Petersburger Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Eduard v. Nottbeck, nach langer Krankheit im 79. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er vom 1839—45 studirte. Nach Absolvirung des Cursus war N. anfangs Arzt am Findelhause und an der Kinderbewahranstalt in St. Petersburg und dann viele Jahre consultirender Arzt bei den unter dem Protectorat der Grossfürstin Alexandra Josephowna stehenden Wohlthätigkeitsanstalten. In der letzten Zeit lebte er verabschiedet in Wiesbaden. 2) In Ssaratow der frühere Landschaftsarzt W. Schibajew im Alter von 67 Jahren. Seinen Dienst begann er im Jahre 1859 als Militärarzt, war dann 20 Jahre Landschaftsarzt und in den letzten Jahren freiprakticirender Arzt. Trotz fast 40-jähriger Praxis hat er seine Wittwe ganz mittellos zurückgelassen. 3) In Baku der Marinearzt O. W. Korshenewski im 55. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis übte er seit 1876 aus. 4) In München der Professor der Osteologie und Paläontologie an der Universität Chicago, Dr. med. Georg Bauer. 5) In Birmingham Dr. John Barrit Melson, ehemaliger Professor der medicinischen Klinik am dortigen Queen's College.

In Breslau ist der berühmte Botaniker Prof. Dr. Ferdinand Cohn im Alter von 70. Jahren gestorben, nachdem er vor Kurzem sein 50-jähriges Doctorjubiläum gefeiert hatte. Cohn's Bedeutung für die Medicin besteht darin, dass er vom Standpunkt des Botanikers die Bacterienkunde zuerst eingehender ausbaute. Auch Prof. Robert Koch, der Begründer der modernen Bacteriologie, hat, nachdem er freilich schon vorher als Autodidact das Gebiet der Bacteriologie erschlossen hatte, eine Zeit lang in Cohn's Laboratorium gearbeitet.

— Der bisherige ausserordentliche Professor der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie, Staatsrath Dr.

med. Dogel, ist als ordentlicher Professor für die genannten Fächer an der St. Petersburger Universität bestätigt worden.

— Der Militär-Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Lotin, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden, mit Pension und unter Beförderung zum wirklichen Geheimrath.

— Der bisherige ausserordentliche Professor der Ohrenheilkunde Dr. Walb in Bonn ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Dr. Victor Fossel ist zum ausserordentlichen Professor für Geschichte der Medicin an der Universität Graz ernannt worden.

(Allg. med. C.-Ztg.).

— Am 19. Juni wurde der hier tagende Congress russischer Eisenbahnärzte nach 14-tägiger Dauer geschlossen. Die Beschlüsse derselben werden dem Minister des Verkehrwesens zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Schlusse des Congresses fand ein cameradschaftliches Diner der Congressmitglieder statt.

— An der Berliner Universität soll, nach dem Vorgange der Universitäten Wien, Heidelberg, Würzburg u. s. w., die wissenschaftliche Wasserheilmethode in den medicinischen Unterricht aufgenommen und zu diesem Zweck ein Institut für Hydrotherapie bei dem Neubau des Charité-Krankenhauses errichtet worden.

— Auf der diesjährigen 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf wird die specielle Ausstellung, welche die Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften zum Gegenstande hat, einen besonderen Anziehungspunkt bilden: ausser der allgemeinen Geschichte der Medicin und Naturwissenschaft, soll namentlich auch die Medicin der Naturvölker und die Volksheilkunde der Culturvölker berücksichtigt werden und sind daher die in den Händen einzelner Sammler befindlichen chirurgischen und naturwissenschaftlichen Instrumente, sowie die bei bestimmten Naturvölkern gebräuchlichen Arzeneidrogen auf der Ausstellung erwünscht. Die für die Ausstellung bestimmten Sendungen sind vom 3./15. Juni—3./15. September unter Werthangabe an das Kunstgewerbemuseum in Düsseldorf, Friedrichsplatz, zu adressiren. Das Ausstellungscomité besteht aus den Herren: Freiherr Dr. Oefele (Bad Neuenahr), Prof. für Geschichte d. Medicin in Berlin Dr. Pagel und Dr. Carl Sudhoff (Düsseldorf).

— Bevorstehende medicinische Congresse. Vom 1.—4. August n. St. wird in Posen die 8. Versammlung polnischer Naturforscher und Aerzte tagen, zu der bereits 800 Anmeldungen eingegangen sein sollen. Vom Regierungspräsidenten ist dem Vorsitzenden des Congresses jedoch eröffnet worden, dass die Anwesenheit von Ausländern auf dem Congresse aus allgemein polizeilichen Gründen nicht gestattet sei. — Am 17. October n. St. findet die Eröffnung des 12. französischen Chirurgencongresses in Paris statt, auf dessen Tagesordnung die Nephrotomia und die Behandlung des Kropfes gesetzt sind.

— Zu welcher Feinheit die Verwerthung der Röntgenstrahlen bereits vorgeschritten ist, beweist die Thatsache, dass an der Würzburger Universität, von welcher die erste Kunde über diese Strahlen die Welt überraschte, es gelungen ist, in einem Leichenmuskel eingekapselte Trichinen mittelst Röntgenstrahlen auf der photographischen Platte nachzuweisen. Für die Erkennung der Trichinose ist diese Entdeckung natürlich von grossem Werthe.

— Der Lodzer Arzt Dr. Joseph Kolinski hat die Concession zur Herausgabe einer neuen medicinischen Zeitschrift erhalten, welche zwei Mal monatlich unter dem Titel «Czasopismo lekarskie» erscheinen wird. Als Redacteur derselben ist Dr. Severin Sterling in Lodz bestätigt worden. Das neue Fachblatt wird vorzugsweise ein Organ des Lodzer ärztlichen Vereins sein.

— Dem Schwindel mit der Ephedra vulgaris (Кузмичева трава), welcher hauptsächlich vom Gouvernement Ssamara aus flott und unbehindert seit vielen Jahren durch ganz Russland betrieben wurde, ist endlich auf administrativem Wege eine Grenze gesetzt worden. In zahllosen Affichen, welche mit den Tagesblättern in's ganze Reich versandt wurden, wurde schamlose Reclame für dieses Kraut gemacht, ja selbst grössere Zeitungen, wie die «Nowoje Wremja», «Nedelja», «Swet», empfahlen im redactionellen Theil den Gebrauch der Ephedra. Wie sich bei näheren Nachforschungen erwies, beschäftigten sich mit dem Verkauf des Krautes meist kleine Beamte, Officiere, Wittwen, Schuster, Bäcker, welche aus einem Fuder Heu — nach Verpackung desselben in Pfundpäckchen zum Preise von 3 bis 5 Rbl. beim Verkauf desselben 1200—1800 Rbl. erzielten. Bezüglich der Geheilten welche die Dankschreiben zur Veröffentlichung gesandt hatten, fand man, dass dieselben trotzdem schon lange gestorben oder gar nicht zu ermitteln waren.

Wie aus Busuluk (Gouv. Ssamara) berichtet wird, sind daselbst die ungeheure Zahl von 3 Millionen Exemplaren solcher Affichen und viele hundert Pud Heu in Pfundpaketen confiscirt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Juni. d. J. 7502 (14 mehr als in d. Vorw.), darunter 579 Typhus — (117 mehr), 862 Syphilis — (5 mehr), 126 Scharlach — (8 wen.) 126 Diphtherie — (12 mehr), 39 Masern — (0 wen.), und 26 Pockenkranke — (8 wen. als in der Verw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis zum 20. Juni 1898.

Zahl der Sterbefälle;

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	298	608	197	74	112	41	6	22	55	49	48	40	34	34	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 21, Scharlach 6, Diphtherie 24. Croup 1, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4. Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55. Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 129, Todtgeborene 37.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen.

Aeltestes vom Inhaber selbst klinisch geleitetes Institut am Platze für Magen- und Darmkranke aller Art, Fettleibige, Stoffwechselkranke etc.
Im Winter geschlossen.

Prospecte gratis.

Dr. Freiherr von Sohlern.

Sanatorium Dr. Hans Lehrecke

Königliches BAD REHBURG (Hannover).

Heilanstalt für **Hals- u. Lungenleidende**, sowie für **Reconvalescenten und Erholungsbedürftige**. — Mildes Klima. — Schutz gegen empfindliche Windströmungen. — Schöner Park. — Ueppige Tannen- und Buchen-Waldungen. — **Ozon-Sauerstoff-Lignosulfit-Inhalation.** — **Waldenburg'sche Apparate.** — **Röntgen-Zimmer-Sonnen-Luft-Aufenthalt** auf der Plattform des Gebäudes. Ferner in der Nähe: zur Anstalt gehörendes Kurhäuschen für **Höhenluftkur.** — Elektrische Beleuchtung. — Wasserleitung. — Bäder. — Eigenes Fuhrwerk. Station der Steinbader Meer-Bahn. — Prospecte gratis.

JODOFORMOGEN (Knoll). Name geschützt.

Eine Jodoformeiweiss-Verbindung, deren wirksamer Bestandtheil kein chemisch neuer Körper, sondern das **Jodoform** selbst ist. — Staubfein, nicht ballend, unter dem Verbande **fast geruchlos!** Billiger und 3 mal leichter als Jodoform. — Nach Privatdocent Dr. Kromayer, Halle a. S.: zur Zeit **bestes Wundstreupulver.**

Siehe Berl. Klin. Wachenschr. 1898, p. 217. Literatur u. Muster zu Diensten.

TANNALBIN (Knoll)

ist ein nach dem Verfahren von Prof. Gottlieb, Heidelberg, dargestelltes Tanninpräparat 50% Gerbsäure enthaltend.

(*Name geschützt*). Vergleiche:

„Ueber die Wirkung des Tannalbin bei Darmkrankheiten der Kinder"

von **N. P. GUNDOBIN**, Privatdocent an der Kais. Russ. Militär-Akademie (Djetskaja Medizina 1897, Nr. 1).

Siehe auch die Veröffentlichungen über Tannalben von:
Prof. **O. Vierordt**, Heidelberg, Primärarzt **v. Engel**, Brünn, **K. Holzapfel**, Strassburg, Kinderarzt **Rey**, Aachen, Deutsche Medicin. Wochenschrift 1896, Nr. 11, 25, 50; 1897, Nr. 3.

Sanderabdrücke auf Wunsch zu Diensten durch die Herren:
Becker & Grube, St. Petersburg, Curt Larrass, Moskau.
Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.

Dr. E. von Koziczkowsky, Specialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke pract. von April bis October in

(52) 6—5. **Bad Kissingen, Ludwigstrasse 17.**

Medicinischer Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Soeben erschien Heft I der:

Ist Erkältung eine Krankheitsursache u. inwiefern?

Von der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien preisgekrönte Schrift von
Dr. J. Ruhemann.
6 Mark.

Ankylostomum duodenale.

Ueber seine geographische Verbreitung und seine Bedeutung für die Pathologie

von

Dr. W. Zinn und **Dr. Martin Jacoby**
Assistenten der II. medicinischen Universitätsklinik in Berlin.
Mit 2 Karten. Preis 2 Mark.

Dr. von Heinleth's
Chirurgisch-gynäcologische
PRIVATHEILANSTALT
Bad Reichenhall (Kirchberg).

Die comfortabel eingerichtete Anstalt, in grossem Garten gelegen, eignet sich ausser zu chirurgischen Eingriffen und Curen jeder Art zur Anwendung der bekannten Kurmittel Reichenhall's für Reconvalescenten u. zur Nachkur chirurgischer und gynäkologischer Krankheiten (Scrophulose, Tuberkulose etc.) sowie auch für Kehlkopfleiden. **Soolbäder im Hause.** Operationssaal mit allen Mitteln moderner Technik auf's vorzüglichste ausgestattet. **Röntgenapparat** Syst. Voltohm; electr. App. f. Kehlkopfbehandlung. — Prospecte auf Wunsch. (40) 16—14.

LA BOURBOULE

MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben. Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.



Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. **Hertel** in Mitau.
Verkauf in allen Apotheken.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Довв. ценз. Спб. 29 Iюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich au die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 4. (11.) Juli **1898**

Zur Serumtherapie der Lepra [1].

Von

Prof. K. Dehio.

In der «Semaine médicale» vom 8. Januar 1896 № 2 theilte der Secretär der medisinischen Academie von Columbia in S. Fè-de-Bogota vortreffliche Heilungsresultate mit, die Dr. J. Carrasquilla daselbst durch die Injection des von ihm hergestellten Heilserum bei Lepra tuberosa und Lepra mixta erzielt habe.

In einer ferneren Mittheilung desselben Journals («Semaine méd.» vom 2. Sept. 1896, № 44) ist sodann die Methode, nach welcher das Carrasquilla'sche Lepraheilserum hergestellt wird, so genau beschrieben, dass es nicht schwer fällt, das Serum auch an anderen Orten in derselben Weise zu gewinnen.

Im Allgemeinen bedient sich Carrasquilla derselben Methode, welche Richet in der von ihm versuchten Serumtherapie der Syphilis befolgt hat.

Sie besteht darin, dass zunächst einem Leprakranken ein Aderlass gemacht wird und dass das Serum des so gewonnenen Blutes einer Ziege oder einem Pferde subcutan einverleibt wird. Nachdem diese Injectionen im Verlauf einiger Wochen mehrfach wiederholt worden sind, wird dem Thier durch Aderlass an der Vena jugularis Blut abgenommen und das von diesem Blut abgezogene Serum unter Zusatz eines Desinficiens (Phenol oder Campher) in kleinen gut verschlossenen Fläschchen vor Licht geschützt aufbewahrt. Es versteht sich von selbst, dass alle diese Operationen unter strengen aseptischen Vorsichtsmassregeln ausgeführt worden müssen. Das auf diese Weise gewonnene Lepraheilserum wird nun den Kranken in steigender Dosis, von 1/2 bis 20 ccm. p. dosi alle 3 Tage subcutan injicirt.

[1] (Die vorstehende Arbeit ist schon in russischer Sprache im «Russki Archiv Patologii etc.» Band V, Heft 5, erschienen. Eine kurze Mittheilung über diesen Gegenstand hat der Verf. auf der internationalen Lepraconferenz zu Berlin im October 1897 gemacht).

Die Injectionen sollen bei allen Kranken zunächst eine mehr oder weniger lebhafte fieberhafte Allgemeinreaction hervorrufen, die in einem plötzlichen mit Frösteln oder gar mit einem richtigen Schüttelfrost verbundenen Ansteigen der Temperatur, sodann in einem richtigen Hitzestadium und endlich in einem mit Schweiss verbundenen Fiebernachlass besteht. Meist dauert die fieberhafte Reaction nicht länger als 24 Stunden. Hat sie vollkommen aufgehört, so kann eine neue Injection des Serum gemacht werden. In der Regel ist die Behandlung 6—10 Wochen lang fortgesetzt worden.

Die Resultate dieser Behandlungsmethode bestehen nach den Angaben Carrasquilla's in Folgendem: die Anästhesien schwinden und das Gefühl stellt sich mehr oder weniger schnell wieder her; die Flecken blassen ab, die Oedeme schwinden, die Knoten werden flacher und resorbiren sich, nachdem sie sich im Centrum erweicht haben, oder die erweichten Knoten brechen auf und bilden Geschwüre, die sodann unter Zurücklassung einer Narbe heilen; die Ulcerationen der Haut verheilen, oft mit überraschender Schnelligkeit; auch an den Schleimhäuten schwinden die Knoten und vernarben die Geschwüre; das Allgemeinbefinden bessert sich, Appetit und Schlaf stellen sich ein.

Carrasquilla steht nicht an auf Grund dieser erfreulichen Resultate von einer Heilung der Lepra in vielen Fällen zu reden.

Wenn man bedenkt, dass die Lepra bis jetzt durchaus für eine unheilbare Krankheit gegolten hat, so erscheinen diese Angaben Carrasquilla's so verheissungsvoll und sie beanspruchen, falls sie sich bestätigen sollten, eine so gewaltige practische Bedeutung, dass ich es nicht unterlassen wollte, dieselben durch eigene Versuche zu prüfen.

Allerdings bin ich an diese Prüfung nicht mit allzu sanguinischen Hoffnungen herangetreten, denn mir stehen die Erfahrungen noch in frischer Erinnerung, welche wir bei der Behandlung der Lepra mit Tuberculin vor 6 Jahren gemacht haben. Ich will dieselben

kurz referiren, weil ich später nochmals auf sie zurückkommen muss.

Im Jahre 1891 sind mehrfache Versuche über die Wirkung des Tuberculin bei Lepra gemacht worden, so von Kaposi [2]), Goldschmidt [3]) in Madeira, Kartulis [4]) in Aegypten und anderen Namentlich haben auch in Livland Dr. Truhart [5]) und Dr. Schwarz [6]) in Fellin 20 Aussätzige mit subcutanen Injectionen des Koch'schen Tuberculin behandelt und die Erfolge lange und genau beobachtet. Die übereinstimmenden Resultate aller dieser Beobachter lassen sich folgendermassen zusammenfassen: die einzelnen Injectionen des Mittels rufen fast stets bei etwas grösseren Dosen eine fieberhafte Allgemeinreaction hervor, die sich in einer 24—36 St. dauernden Temperaturerhöhung bis 39° C. und darüber äussert, während welcher die Kranken über allgemeine Schwäche und Gliederreissen klagen. Zugleich beobachtet man, analog, wie bei Lupuskranken, die mit Tuberculin behandelt worden, eine acute Hyperämie und Schwellung der leprösen Neubildung, der Knoten sowie der Umgebung der Geschwüre, die mit dem Schwinden des Fiebers gleichfalls nachlässt. Bei wiederholten Injectionen sieht man aber im leprösen Gewebe tiefgreifende Veränderungen eintreten, die der regressiven Metamorphose angehören und unzweifelhaft als örtliche Heilungsvorgänge aufzufassen sind.

Die Lepraknoten werden vielfach kleiner und flacher, oder sie bedecken sich in Folge einer oberflächlichen Ulceration mit einem Schorf oder einer Kruste, welche später abfällt und eine flache Narbe hinterlässt. Die Geschwüre reinigen sich unter einer reactiven Röthung sehr bald und vernarben in kurzer Zeit. Das geschieht nicht nur an der äusseren Haut, sondern namentlich auch an den oft schweren Ulcerationen der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. Die Flecken an der Haut blassen ab und, was von grossem Interesse ist, auch die Anästhesien der Haut können zuweilen überraschend schnell schwinden. Das Allgemeinbefinden pflegte in der ersten Zeit der Behandlung sich bedeutend zu bessern; der Ernährungs- und Kräftezustand hebt sich und die Kranken fühlen sich auch subjectiv durchweg frischer und wohler.

Man sieht, es sind durchweg dieselben Veränderungen zum Bessern, welche Carrasquilla bei seinen Injectionen erzielt hat. Kein Wunder also, dass an diese glänzenden Erfolge des Tuberculin die weitestgehenden Hoffnungen geknüpft wurden. Goldschmidt sagt in seiner ersten Arbeit (l. c.) «die Heilbarkeit der Lepra scheint gesichert» und auch Dr. Truhart (l. c.) hielt es nach seinen ersten Beobachtungen nicht für unmöglich, dass die Lepra durch das Tuberculin geheilt werden könne. Allein der hinkende Bote kam nach Goldschmidt fand, dass bei einer längere Zeit, bis 65 Tage, fortgesetzten Behandlung manche Kranke sehr geschwächt wurden und dass bei keinem Kranken eine bleibende Heilwirkung zu erzielen war. Zu demselben betrübenden Resultat kam Dr. Schwartz (l. c.) welcher, wie aus seinen ausführlichen Krankengeschichten zu ersehen ist, trotz monatelanger Behandlung und einer Beobachtungsdauer von c. 10 Monaten keine einzige Heilung constatiren konnte. Das Wenige, was mit der Tuberculinbehandlung zu erzielen war, bestand in einer zeitweiligen Besserung. Nach längerer oder kürzerer Zeit kamen neue Knoteneruptionen, die verheilten Geschwüre brachen wieder auf und wenn in solchen Fällen die Tuberculinbehandlung von Neuem begonnen wurde, so kam es nicht nur zu keiner Reaction, sondern es wurde auch jede therapeutische Wirkung vermisst.

Diese wenig erfreulichen Ergebnisse der Tuberculinbehandlung, welche ich aus meiner eignen Erfahrung durchaus bestätigen kann, haben mich bei der Beurtheilung der Carrasquilla'schen Publicationen vorsichtig gemacht. Ich wusste, dass man bei der Therapie der Lepra schwere Enttäuschungen erleben kann. Nichts desto weniger aber wollte ich die Carrasquilla'sche Heilmethode doch prüfen, denn bei einer Krankheit, der wir als Aerzte bis jetzt vollkommen machtlos gegenüber stehen, darf Nichts, was auch nur den Schimmer einer Hoffnung giebt, unversucht bleiben.

Ich habe deshalb das therapeutische Verfahren Carrasquilla's genau nach den Angaben dieses Autors wiederholt, wobei mir Herr Dr. med. Joh. Jürgenson mit grossem Eifer behilflich gewesen ist. Es freut mich, ihm für seine mühevolle Arbeit an dieser Stelle danken zu können.

Behufs Erlangung des Lepraheilserums haben wir ein gesundes, achtjähriges Pferd, das uns der Präses der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra freundlichst zur Verfügung stellte, auf folgende Weise behandelt.

Es kam zunächst darauf an, geeignete Individuen, die an Lepra tuberosa litten, ausfindig zu machen, von welchen wir grössere Partien Blutes durch Venaesection gewinnen wollten. Wir suchten solche Kranke aus, welche noch nicht lange an der Krankheit litten, bei denen die ersten Knoteneruptionen vor 4—6 Monaten bis höchstens 1½ Jahren stattgefunden hatten; vor allen Dingen aber sahen wir darauf, dass die Kranken nicht an Ulcerationsprocessen, sei es auf der Haut oder auf den Schleimhäuten litten, dass dieselben nicht fieberten, bei gutem Ernährungszustand waren und überhaupt das Bild einer deutlichen und zweifellosen, reinen, noch nicht sehr weit vorgeschrittenen Lepra tuberosa boten. Die Venaesection wurde unter aseptischen Cautelen vorgenommen und das Blut, etwa 2—400 ccm., in sterilen Glasgefässen aufgefangen, sofort luftdicht verschlossen und 2 mal 24 Stunden in kühler Zimmertemperatur stehen gelassen. Es gelang uns stets auf diese Weise ein klares, bernsteingelbes, nur zuweilen etwas röthlich gefärbtes Serum zu erlangen, welches in sofern keimfrei war, als je 10 Tropfen desselben in Peptongelatine zu Platten ausgegossen, keine Pilzkolonien wachsen liessen; nur einmal wurde in einem Petrischälchen eine Schimmelkolonie gefunden. Dieses Serum wurde in ansteigender Dosis dem zu impfenden Pferde subcutan injicirt. Um völlig sicher zu gehen, benutzten wir zu jeder Injection das Blut eines anderen leprösen Menschen, so dass wir zu den fünf Injectionen, die das Pferd erhalten hat, 5 verschiedene Lepröse venaesecirten. Das Pferd erhielt zunächst am 25. Februar in der Schultergegend eine Injection von 48 ccm., sodann am 4. März 85 ccm., am 22. März 100 ccm., am 4. April 102 ccm., und alle diese Injectionen bewirkten seitens des Pferdes keinerlei bemerkliche Reactionen. Temperatur, Puls und Respiration blieben völlig unverändert, höchstens erhob sich die Temperatur in den ersten 24 Stunden um einige Zehntelgrade; Appetit und Durst blieben unverändert und das Thier blieb nach wie vor munter und anscheinend völlig gesund.

Am 16. April wurden dem Pferde aus der Jugularvene unter strenger Asepsis 2 Liter Blut entnommen, welches sodann unter luftdichtem Verschluss 3×24 Stunden stehen gelassen wurde. Mit sterilen Pipetten hoben wir das Serum in sterile Glasgefässe von 50—100 ccm. Inhalt und fügten denselben behufs Conservirung entweder bis zu ½ Proc. Carbolsäure, oder die Spitze eines kleinen Federmessers voll pulverisirten Kamphers hinzu. Das auf

[2]) Bericht der Wiener med. Presse über die Verhandlungen der Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 19. März 1891.
[3]) Berlin. klin Wochenschr. Nr 4 und Nr 15. 1891.
[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1891. Nr 16.
[5]) Deutsche med. Wochenschr. 1891.
[6]) Petersb. med. Wochenschr. 1891. Nr 50.

diese Weise gewonnene Heilserum (circa 600 ccm.) wurde luftdicht verschlossen und bis zum Gebrauch in einem kühlen Keller aufbewahrt; dasselbe war gelb, klar und völlig geruchlos, nur in einzelnen mit Carbolsäure versetzten Partien bildeten sich hin und wieder kleine Flöckchen, die anscheinend aus Fibrin bestanden. Die bacteriologische Untersuchung dieses Serums, welche derart vorgenommen wurde, dass je 10 Tropfen mit Peptongelatine in einem Petrischälchen ausgegossen wurden, ergab, dass die Hälfte der in Glasgefässe abgefüllten Partien völlig keimfrei war während das Serum aus den übrigen Gefässen 40—100 Coccencolonien im Petrischälchen aufgeben liessen. Microscopisch waren 3 verschiedene Arten von Coccen zu erkennen. Der Umstand, dass ein Theil des gewonnenen Serums steril war, beweist wohl, dass es sich im anderen Theil um zufällige Verunreinigungen handelte, die aus unschuldigen Luftbacterien bestanden. In der That war die physiologische Wirkung des Serums die gleiche, einerlei ob wir sterile oder coccenhaltige Fläschchen benutzten.

Am 20. April begannen wir mit den subcutanen Injectionen dieses Lepraheilserums, wie ich es fortan nennen will, am Menschen. Mittlerweile jedoch impften wir unser Pferd noch ein 5. Mal am 20. Mai mit 180 ccm. des Serums eines tuberös leprösen Kranken. Auch dieses Mal blieb die Reaction von Seiten des Pferdes aus; die Temperatur stieg einige Stunden nach der Injection von 37,6 auf 38,1 und sank 4 Stunden später wieder zur Norm. Am 30. Mai wurden dem Pferde abermals durch die Jugularvene 3600 ccm. Blut entnommen zur Gewinnung einer weiteren Portion Lepraserums. Da das Blut sich aus der Vene im freien Strahle ergoss, so war es leicht, dasselbe in völlig reinem Zustande in 6 sterilen Gefässen aufzunehmen. Nachdem das Blut zwei Tage gestanden hatte, gewannen wir aus drei Gefässen circa 400 ccm. schönen klaren Serums. Am 3. Tage hoben wir von den Blutkuchen der 3 übrigen noch nicht geöffneten Gefässe 600 cmm. Lepraserum ab. Die Prüfung vermittelst Peptongelatinplatten erwies, dass das Serum in 4 Gefässen völlig keimfrei war, während in zwei Gefässen von 10 Tropfen Serum nur 2 resp. 8 Culturen gewachsen waren, von denen eine aus Schimmelpilzen und die übrigen aus Coccen bestanden. Das in kleine Gefässe übergefüllte Lepraserum blieb auf die Dauer völlig klar.

Mit dem auf diese Weise gewonnenen Lepraheilserum, das wir somit durch zwei Aderlässe vom Pferde erhalten hatten, haben wir nun unsere therapeutischen Versuche an Leprakranken angestellt. Wir benutzten hierzu unterschiedslos die verschiedensten Formen und Stadien der Krankheit und haben nur ganz desolate Fälle, welche schon lange im Bette lagen, von der Serumbehandlung ausgeschlossen. Im Ganzen haben wir 19 Kranken das Lepraheilserum injicirt, von denen 13 der tuberösen Form, 4 der maculösen und 2 der gemischten Form angehören. Den Vorschriften von Carrasquilla entsprechend haben wir mit sehr kleinen Dosen begonnen und dieselben allmählich gesteigert, indem wir dieselben durchschnittlich alle 3—4 Tage wiederholten. Wir injicirten zuerst 1, dann 2, 3, 4, 5, 7, 10 ccm. Nur zuletzt, als wir uns von der völligen Unschädlichkeit der Injectionen überzeugt hatten, begannen wir bei 2 Patienten mit 3 und stiegen auf 10 ccm. Schliesslich haben 5 Patienten (die kräftigsten) 15 und einer auch 20 ccm. auf einmal injicirt erhalten. Wir benutzten die Glutäalgegend zu den Injectionen.

Es sei hier eingeschaltet, dass wir, um uns von der Wirkung des normalen Pferdeserums zu überzeugen, unserem Pferde, bevor wir mit der Immunisirung desselben begannen, einen Aderlass machten und ein Normalserum herstellten, welches wir zu 3—5 ccm. pro dosi nicht nur den Leprösen, sondern auch sonstigen gesunden und kranken Menschen unter die Haut injicirten.

Die Wirkungen dieser Einspritzungen von Normalserum waren sehr gering und entsprachen völlig denen, die schon Johanessen beschrieben hat.

Was nun die Wirkung der Injectionen des Lepraheilserums betrifft, so müssen wir eine locale Reaction und eine allgemeine Reaction unterscheiden. Die locale Reaction bestand, wenn sie überhaupt eintrat, in einer Röthung und entzündlichen Schwellung der Haut und des subcutanen Bindegewebes von Thaler- bis Handtellergrösse an der Injectionsstelle; sie war nur wenig schmerzhaft und druckempfindlich und resorbirte sich stets in 2—3 Tagen. Die Allgemeinreaction äusserte sich in einer mässigen, 12—36 Stunden dauernden Temperatursteigerung, die fast niemals 39° C. überschritt und nur selten von stärkeren Störungen des Allgemeinbefindens, wie Kopfschmerz, Gliederschmerzen und Mattigkeit, begleitet war. Bei einem Kranken trat wiederholt, auch nach der Injection kleinerer Serummengen, ein von schwerem, allgemeinen Krankheitsgefühl begleitetes, über den ganzen Körper verbreitetes, theils fleckiges, theils diffuses Erythem auf, das in 24—48 Stunden wieder schwand. In vielen Fällen fehlte die Allgemeinreaction ganz oder fast ganz.

Wir haben alle unsere Kranken consequent vom 20. April bis zum 30. Juni also fast $2^1/_2$ Monate lang, mit diesen Seruminjectionen behandelt—aber was die therapeutischen Erfolge anlangt, so bedaure ich erklären zu müssen, dass dieselben gleich Null waren. Kein einziger meiner Leprakranken ist geheilt worden, ja kein einziger hat auch nur die geringste Besserung erfahren—wohl aber traten bei Einigen während der Behandlung Nachschübe und Eruptionen neuer Knoten auf, wie sie auch ohne jede Therapie vorkommen. Ich bemerke, dass während der Dauer der Serumbehandlung jegliche sonstige Medication unterlassen wurde.

(Schluss folgt).

Referate.

Paul Sollier: Ueber Natur und Entstehung der Hysterie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1898, März.

Der Artikel ist eine kurze Zusammenfassung der Ansichten des Pariser Psychiaters über obige Frage, wie er sie in seinem kürzlich erschienenen Buche niedergelegt hat.

Beobachtungen der Schlaflosigkeit bei anästhetischen Hysterischen und Erwägungen über die retrograde Amnesie, welche die heftigen und tiefen Sensibilitätsstörungen dieser Kranken begleitet, führten Verf. auf die Vermuthung, dass die Hysterischen trotz ihres offensichtigen Wachens in Wirklichkeit doch schlafen, welchen Zustand er als «Vigilambulismus» bezeichnet. Beim Erwachen aus diesem Zustande, was herbeizuführen dem Verf. durch Befehl gelang, tritt eine Umkehr der ganzen Persönlichkeit ein: die Patienten glauben sich geistig und körperlich in jene Zustände und Lebensbedingungen zurückversetzt, die beim Beginn ihrer Erkrankung vorlagen. Mit dieser Umkehr der Person (der sog. retrograden Amnesie) ist eine Rückkehr der Sensibilität verbunden. Es besteht ein völliger Parallelismus zwischen den Abstufungen der Sensibilität, dem Zustande der Persönlichkeit und dem Wiedererwachen. Dieser Schlafzustand überträgt sich durch die Anästhesie objectiv auf die Gehirncentren, die motorischen, die visceralen, sensibeln und sensorischen. Der Schlafzustand des Gehirns ist durchaus nicht beständig; bald verstärkt er sich, bald hat er die Neigung sich abzuschwächen oder zu verschwinden.

Die Versuche, durch Wiederherstellung der Sensibilität auf dem Wege der Suggestion, localen Faradisation, Anspannung der Aufmerksamkeit des Patienten die hysterischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen und so das Erwachen von selbst sich einstellen zu lassen, gelangen vollkommen. Hierbei liess sich ein constanter Parallelismus der objectiven und subjectiven motorischen und sensiblen Reac

tionen feststellen: Jedes hysterische Phänomen stimmt sowohl mit einem besonderen Zustande der Sensibilität überein, der objectiv nachweisbar ist, als auch mit einem besonderen subjectiven Gefühle. Bei der Wiederherstellung der Sensibilität der Glieder und Eingeweide zeigt die betreffende Region hyperästetische oder Schmerzpuncte zuerst in ihrem eigenen Niveau, dann im Niveau des Rückenmarks und des Schädels. Alle diese Puncte verschwinden, sobald das befallene Gebiet zur Norm zurückgekehrt ist. Die Puncte entsprechen ihrer Lage nach am Schädel genau den wohlbekannten anatomischen Centren in der Hirnrinde. Die nach dieser «Methode der Schmerzpuncte» gewonnene Topographie der visceralen Centren zeigt, dass letztere die obere parietale Region der Hirnrinde einnehmen, einer Gegend, deren Bedeutung bisher unbekannt war.

Bei der successiven Wiederherstellung der Sensibilität und normalen Function des ganzen Körpers erfolgt die Umkehr der Persönlichkeit nicht in der Art wie bei dem gewöhnlichen, einfachen Erwecken; das Vorderhirn bleibt noch anästhetisch. Erst entsprechende Befehle an den Kranken, nun auch den Kopf und das Gehirn zu fühlen, lassen das endgiltige Erwachen, die Rückkehr zur völligen Norm zu Stande kommen. Man müsse daher im Gehirne zwei unter sich verschiedene Theile annehmen, einen vorderen, das Gehirn für die Psyche, und einen hinteren, das Gehirn für die Organe; dort werde die Persönlichkeit in zeitlicher Beziehung construirt, hier werde sie in räumlicher Hinsicht geschaffen, und zwar für einen bestimmten Augenblick.

Die neuen Thatsachen, um deren Deutung mit dem Verf. sich wohl noch rechten liesse, verlangen eine Nachprüfung seiner Experimente, um welche er übrigens selbst bittet. Für die deutschen Collegen wäre daher eine baldige Uebersetzung des interessanten Buches sehr erwünscht.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Курсъ венерическихъ болѣзней. Проф. А. Ге. Изданіе шестое. Казань. Изданіе книжнаго магазина Бр. Башмаковыхъ. 1898.

Der vorliegende «Cursus der venerischen Krankheiten» von Prof. A. Ge, an der Universität Kasan, erfreut sich einer grossen Verbreitung unter den Aerzten und Studirenden Russlands. Im Laufe kurzer Zeit hat dieses Werk 6 Auflagen durchgemacht, deren jede rasch vergriffen wurde. Es ist in demselben hauptsächlich auf die Bedürfnisse der Praxis Rücksicht genommen, weshalb der theoretische Theil hier nur auf das Nothwendigste beschränkt wurde. Die ersten 167 Seiten sind der Darstellung der Gonorrhoe, die übrigen 423 der der Syphilis gewidmet. Der acute sowohl, wie der chronische Tripper des Mannes und des Weibes, sein ausserordentlich verschiedener Verlauf, Complicationen und Nachkrankheiten, besonders aber die Therapie desselben sind sehr ausführlich und klar beschrieben. Dasselbe gilt von der Syphilis. Die leichte und verständliche Darstellung des Handbuches, die reiche praktische Erfahrung des Verf., die sich in seinem Werke ausspricht, machen dasselbe sehr werthvoll. Das Studium des Werkes kann besonders den praktischen Aerzten und Studirenden aufs Wärmste empfohlen werden.

S.

Dr. K. Strünckmann in Göttingen: Zur Bacteriologie der Puerperalinfection. (Berlin 1898. Verlag von S. Karger).

Die Anregung zur vorstehenden Arbeit gab dem Verf. ein Fall von Pyämie post abortum, der im Juli 1897 im pathologischen Institut in Leipzig secirt wurde, und wo in allen Organen mit Ausnahme des Ovariums Staphylococcen gefunden wurden, deren microscopischer Nachweis auch noch durch Züchtung und Impfung erhärtet wurde. Es war also in diesem Falle der Staphylococcus pyogenes aureus als alleiniger Erreger der Puerperalinfection aufzufassen. Verf. hat aus der Literatur der letzten 12 Jahre alle Fälle zusammengestellt, bei denen die Infection bei Puerperalfieber nicht durch Streptococcen, oder wenigstens nicht ausschliesslich durch dieselben hervorgerufen wurde, und es zeigt sich, dass der Staphylococcus schwere wie leichte Puerperalinfectionen sowohl in Rein- wie auch in Mischinfection hervorgerufen hat. Ausser dem Staphylo- und Streptococcus kommen bei der Aetiologie des Puerperalfiebers in Betracht Rein- und Mischinfectionen des Bact. coli comm., anaërobe Bacillen, Gonococcen, der Streptococcus erysipelatis (Fehleisen), Tetanusbacillen, eventuell Diphtheriebacillen (nur ein von Bumm beobachteter Fall) und das Scharlachvirus.

Fr. Mühlen.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Professor Dr. Herman Nothnagel. XIV Band, II Theil, I Hälfte: die Lungenentzündungen von San.-R. Dr. E. Aufrecht. Wien 1897. Alfred Hölder.

In der vorliegenden ersten Hälfte seines Werkes behandelt Verfasser die croupöse und catarrhalische Pneumonie, sowie die atypischen Lungenentzündungen—die erysipelatösen, biliösen, asthmischen und infectiösen. Die Trennung in lobäre und lobuläre Formen ist nach Aufrecht unhaltbar. Den grössten Theil des Buches nimmt für sich die Darstellung der croupösen Pneumonie in Beschlag und bietet dabei recht viel Orginelles, namentlich bei der Besprechung der Aetiologie und der pathologischen Anatomie. Recht ausführlich wird die Behandlung der Pneumonie besprochen, wobei sich Verfasser besonders gegen den Missbrauch des Alkohols und der Digitalis wendet. Besonders günstigen Verlauf sah Autor bei der Anwendung von subcutanen Chinininjectionen. Wir werden bei der Besprechung der 2. Hälfte des Werkes noch Gelegenheit haben auf das letztere zurückzukommen, möchten jedoch schon hier die ausgiebige Verwerthung der Literatur als lobenswerth hervorheben.

Band XXI. Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten von Professor H. Schmidt-Rimpler. Wien 1898 Alfred Hölder.

Die Betheiligung der Augen bei den Erkrankungen der verschiedensten Organe ist so häufig und namentlich in diagnostischer Beziehung so wichtig, dass man eine eingehende Bearbeitung dieses recht schwierigen Themas nur dankbar begrüssen kann. Der geschätzte Autor hat es nun verstanden die überaus reiche casuistische Literatur in mustergiltiger Weise zusammenzufassen und durch seine eigene Beobachtungen in der vortrefflichsten Weise zu ergänzen; so ist denn ein Werk geschaffen worden, welches für den Specialaugenarzt, wie für den praktischen Arzt gleich unentbehrlich ist. Schmidt-Rimpler beginnt mit denjenigen Erkrankungen, welche die allerinnigste Beziehungen zum Auge haben — mit denen des Nervensystems: es folgen die Erkrankungen der Nieren, Constitutionsanomalien, Krankheiten der Circulations- und Respirationsorgane, Infectionskrankheiten, Vergiftungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Verdauungsorgane, Hautkrankheiten. Die Darstellung des ganzen Stoffes zeichnet sich durch besondere Uebersichtlichkeit aus. Zum Schluss giebt noch Verfasser eine umfangreiche Literaturzusammenstellung. Als vortrefflich ist die Ausstattung des Werkes zu bezeichnen.

Abelmann.

Bruno Schürmayer (Hannover). Die pathogenen Spaltpilze. Medicinische Bibliothek für praktische Aerzte Nr. 121—128. Verlag von C. G. Naumann. Leipzig. Preis M. 4.

B. Schürmayer Die bacteriologische Technik. Ibidem Nr. 129—135. Preis. M. 3.50.

Das war keine leichte, aber höchst lohnende Arbeit, an die sich Verf. gemacht hatte, das grosse Gebiet der heutigen Bacteriologie derartig umzuarbeiten, dass es den Ansprüchen des practischen Arztes entspräche. Die vorliegenden Werkchen enthalten daher den Stoff in recht gedrängter Form. Für den practischen Arzt genügt es aber vollkommen. Es gelingt sich schnell aus denselben über das Nothwendigste zu orientiren. Namentlich ist die «bacteriologische Technik» sehr geeignet einen guten Rathgeber beim Arbeiten im Laboratorium abzugeben.

Wer sich ausführlicher mit dem einen oder anderen Capitel der Bacterienkunde beschäftigen möchte, dem werden die von S. den einzelnen Capiteln beigefügten Literaturbeilagen sehr willkommen sein.

Hecker.

J. Veit. Handbuch der Gynaekologie. Bd. III, erste Hälfte. Wiesbaden, Bergmann 1898.

Die Erwartungen, welche wir gelegentlich der Besprechung des ersten Bandes des Veit'schen Handbuches der Gynaekologie ausgesprochen haben, sind, wie vorliegender Bd. III, 1 beweist, in Erfüllung gegangen. (Bd. II ist uns leider nicht zugegangen). Im Capitel über die Menstruation von Gebhard finden wir eine Fülle von Thatsachen, wie sie die neuere Forschung aufgedeckt hat, zusammengetragen. Handelt es sich ja um ein den Frauenarzt höchlichst interessirendes Capitel, das in seiner Deutung noch immer viele Widersprüche und Lücken aufweist. In lichtvoller Darstellung giebt Gebhard die im Augenblick herrschenden Anschauungen über die Theorie der Menstruation in ihrer Abhängigkeit von der Ovarialfunction. Ausser theoretisch Interessantem finden sich auch viele practische Fingerzeige betreffend die Therapie der Amenorrhoe und Menorrhagie. J. Veit handelt die Erkrankungen der Vulva ab. Dabei kommen eine ganze Reihe verhältnissmässig seltener Erkrankungen zur Sprache wie Kraurosis, Elephantiasis Ulcus rodens etc. Im Ganzen findet man eine ziemlich er





schöpfende Zusammenfassung der in dieses Gebiet gehörigen in der Literatur zerstreuten Erfahrungen, gesichtet und kritisch bearbeitet auf Grund eigener persönlicher Erfahrung. Der meiste Raum in diesem Bande sind den Erkrankungen der Ovarien zugetheilt. Es konnte vom Herausgeber kaum eine competentere Persönlichkeit als der Bearbeiter, Pfannenstiel, für diesen Abschnitt gewonnen werden. Reiche eigene Erfahrungen, die dem Leser schon durch früher publicirte, vorwiegend microskopische Untersuchungen über die Neubildungen der Ovarien bekannt sind, ermöglichten es Pfannenstiel eine erschöpfende und theilweise originelle Darstellung zu verfassen. Selbstverständlich sind ja auch die überaus zahlreichen Arbeiten sehr vieler anderer Untersucher berücksichtigt worden. Die grosse Zahl neuer durchweg guter Abbildungen kann nur mit Freuden begrüsst werden. Die parenchymatogenen Neubildungen werden in 2 grosse Gruppen, in epitheliale und ovulogene eingetheilt. Zur ersten Gruppe rechnet Verf. das Kystoma serosum simplex, die Adenome (Kystome) und die Carcinome. Zu den ovulogenen Neubildungen gehören die Dermoidkystome und Teratome, bei diesen bildet das Ei selbst die Matrix für die Geschwülste. In jedem Dermoid kommen alle 3 Keimblätter zur Entwickelung, in den Teratomen ist die Geschwulstbildung gewissermassen auf frühem Entwickelungsstadium stehen geblieben. Da alle Gewebe durcheinander geworfen sind und die Proliferation schrankenlos ist, kommt es zu atypischem Wachsthum. Ausser den parenchymatogenen werden noch die stromatogenen Neubildungen (Endotheliom) und die Combinationsgeschwülste besprochen. Auf die klinische Seite wie auf vieles andere Interessante kann in dieser kurzen Besprechung nicht eingegangen werden. Es genüge nochmals zu wiederholen, dass auch dieser Band des Veit'schen Handbuchs eine Zierde der gynäkologischen Literatur und ein unentbehrliches Nachschlagebuch für den praktischen Arzt und Fachmann ist. W. Beckmann.

Kleine Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Oscar Werler theilt seine Erfahrungen mit, die er bei Erkrankungen der Harnorgane mit einem neuen Präparate — dem Salosantal gemacht hat. Das Salosantal stellt eine Paarung eines Antisepticums — des Salol mit einem Balsamicum — dem Oleum Santali dar. Es ist eine klare, hellgelbe, leicht tropfbare Flüssigkeit, welche einen ausgesprochen aromatischen Sandelölgeruch erkennen lässt, als Geschmackscorrigens ist englisches Pfefferminzoel hinzugefügt. Das Mittel enthält 33⅓% Salol, wobei also in 15 g. Salosantal 5 g. Salol vorhanden sind; 20 Tropfen des Mittels 3 mal täglich genommen entsprechen einer Dosis Salol von 1 g. Ausser in Tropfenform kann man es in Kapseln verschreiben: Capsal. gelatin. Salosantali à 0,5 g. Nr. XXX D. S. 3 mal täglich 2 Kapseln nach der Mahlzeit. Der Preis des Medicaments ist ebenso billig, wie der des käufliches Santalöls. Werler giebt folgende Indicationen zur Anwendung des in Rede stehenden Mittels an. 1) Alle Fälle von Affectionen der Harnröhre und Blase (Gonorrhoe, Cystitis) welche infolge excessiver Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Schleimhaut jede externe Behandlung unmöglich machen. 2) Acute Exacerbationen und Complicationen (Cystitis, Urethritis posterior, Prostatitis, Epididymitis) mit heftigen Schmerzanfällen, Hämaturie, Dysurie, Strangurie, Tenesmus vesicae etc., wobei unter dem Einflusse der antiphlogistischen, antispasmodischen und sedativen Functionen des Salosantal eine baldige, auffallende Linderung der subjectiven Beschwerden eintritt. 3) Fälle von chronischem Blasenkatarrh mit alkalisch, ammoniakalischer Harnzersetzung, Bacteriurie, Pyurie, ebenso wie Formen chronischer Cystitis mit saurer Urinreaction in Gefolge von chronischer Gonorrhoe oder Tuberculose. In diesen Fällen bewährte sich dem Autor das Mittel ganz besonders. 4) In allen Fällen von Harnröhrentripper bösartigen Charakters wirkt das Mittel wegen seiner bactericiden und antikatarrhalischen Fähigkeit äusserst günstig.

Therap. Monatshefte Mai 1898.

— Als eins der besten therapeutischen Mittel bei Lungenphtise wird von Nied das Guajacetin empfohlen, mit welchem Mittel er in den 6 Fällen, wo es zur Anwendung kam, durchaus günstige Resultate erzielt hat. Besonders günstig solle es einwirken auf die unangenehmen Nebenerscheinungen der Lungentuberculose: Fieber, Nachtschweisse, Appetitlosigkeit. Die von ihm mit Guajacetin behandelten Patienten bekamen gleichfalls das Eucasin, ein Nährpräparat, das vielfach gerühmt wird.

Das Guajacetin ist ebenso wie das Guajacol ein Derivat des Brenzcatechins, und zwar das Kalisalz der Brenzcatechinmonoacetsäure. Es bildet ein weisses, geruch- und geschmackloses Pulver, ist in Wasser leicht löslich und absolut ungiftig, selbst bei einer Tagesdosis von 10 gramm.

Klin. therap. Wochensch. 1898. Nr. 13.

H.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 4. Mai 1897.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Kessler die Patientin mit Atresia hymenalis, welche in der Sitzung am 19. März gezeigt worden war. Dieselbe ist operirt worden und es ist die Vagina jetzt für 2 Finger bequem durchgängig.

Das Lumen der Scheide ist glatt, keine Spur von Rugae findet sich, offenbar sind dieselben nicht zur Entwicklung gekommen. Die Vagina erschien bei der ersten Untersuchung sehr kurz, wohl in Folge der Retroversio uteri. Dieser den geschlechtlichen Verkehr hindernde Umstand, sowie die Beschwerden (Schmerz etc.) haben die Pat. veranlasst nochmals zurückzukehren, um sich ihre Retroversio operiren zu lassen. K. hat die Ventrofixation ausgeführt. Bei der Operation zeigte sich der Uterus in Adhaesionen eingeschlossen und liess sich nur mit Mühe von denselben befreien. Es gelang jedoch schliesslich. Heute am 15. Tage nach der Operation werden die Hautsuturen entfernt.

Schiemann demonstrirt 2 Kinder mit Malum Potti, bei welchen das Brisement forcé nach Calot ausgeführt worden ist. In Narcose wird der Buckel durch Daumendruck zum Verschwinden gebracht, was mit hörbarem Krachen geschieht und die Pat. dann in Lordose eingegypst. Beide Kinder, im Alter von 2 und 2½ Jahren haben die Operation gut vertragen. Alle 4 Wochen wird der Gypsverband erneuert, sobald Consolidation eingetreten ist (nach 2—3 Monaten) bekommen die Kleinen ein Corsett. Calot hat 35 Fälle publicirt, welche ohne Ausnahme günstig verlaufen sind.

Schiemann demonstrirt ferner die Halsorgane einer Patientin, bei welcher er durch Druck einer Trachealcanüle zur Arrosion der Trachea und Subclavia dextra gekommen war. Compressionsstenose der Trachea in Folge von Struma hatte die Tracheotomie und Einführung der König'schen Canüle nothwendig gemacht. Der Tod erfolgte durch Verblutung aus dem arrodirten Gefäss.

Graubner legt eine Reihe von Nierenpraeparaten vor.

1) die Niere einer Patientin, welche moribund in die Mellin'sche Anstalt eintrat und bei der die Section folgendes ergab: rechts parenchymatöse Nephritis, links an Stelle der Niere ein fluctuirender Sack. Beim Einschneiden erscheint die Marksubstanz von einer Menge kleiner Eiterheerde durchsetzt. Peritonealtuberculose. Das Mesenterium zu einem festen Knäul zusammengeschmolzen. Es handelt sich wohl um hochgradige tuberculös-eitrige Einschmelzung des Nierengewebes.

2) die Niere einer Patientin, welche durch Nephrectomie entfernt wurde. Bei der Entlassung noch eitriger Urin, doch soll derselbe, wie Graubner in Erfahrung gebracht hat, klar geworden sein und Patientin sich nunmehr völlig wohl fühlen.

3) endlich eine ebenfalls operativ entfernte Niere, welche durchsetzt ist von einer Menge stecknadelkopf-grosser Eiterherde. Weder im Harn noch in Ausstrichpraeparaten des Eiters konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden, G. glaubt dass es sich um Pyonephrose mit Bildung miliarer Abscesse nicht tuberculöser Natur handelt. Patientin vor 1½ Jahren unter Fieber und Schmerz erkrankt, trat im Januar d. J. in die Anstalt. Die Diagnose lautete auf Pyonephrose resp. Pyelitis. Voreinigen Tagen erschien sie wieder, hochgradig abgemagert, hektisch fiebernd. Cystoscopisch gelang es leider nicht nachzuweisen, aus welchem Urether die Eiterung stammte. Doch war gelegentlich links ein Tumor fühlbar und da auch der Schmerz in die linke Seite verlegt wurde, so konnte man mit ziemlicher Sicherheit schliessen, dass die linke Niere erkrankt war. Während im Januar nie Cylinder und Nierenepithelien gefunden wurden, war beides jetzt zahlreich vorhanden.

Schiemann glaubt, es handele sich doch um eine tuberculöse Nephritis.

Kessler demonstrirt eine Patientin, welche die Nothwendigkeit einer Reorganisation unseres landischen Hebammenwesens beweist. Dieselbe wurde mit der Diagnose Scheidenmastdarmfistel eingeschickt. Wie lange Pat. gekreist hatte, lässt sich nicht feststellen, doch soll der Kopf spontan geboren sein und das die Hebamme vorstellende alte Weib hat dann an den Schultern gezogen.

Pat. kam hochgradig abgemagert her, Koth und Urin flossen beständig durch den Introitus ab. Umgebung der Genitalien und Introitus bilden eine Wundfläche. Es besteht eine für 2 Finger durchgängige Scheidenmastdarmfistel. Von der hinteren Scheidenwand ist nur oben ca. 1 Cm. übrig, auch dieser Rest callös-narbig verändert. Sehr viel complicirter sind die Verhältnisse der Blasenfistel. Die Fistel beginnt zwischen äusserem und mittlerem Drittel der Urethra, so dass vorne kaum 1 Cm. derselben überhaupt noch übrig ist und reicht die ganze Scheide hinauf. In der Querausdehnung erstreckt sich die Fistel über die ganze vordere Scheidenwand. Eine Vaginalportion ist nicht zu finden, hier sind vordere und hintere Scheidenwand völlig verwachsen. Der Rest eines Blasencavums findet sich nur noch rechts oben. Würde man zu-

erst die Rectumfistel schliessen, so wird dadurch die Zugänglichkeit für die Operation der Blasenfistel aufgehoben. Ebenso ist das Material zur Schliessung der Fisteln so spärlich, dass es kaum für beide ausreichen wird. Endlich müsste man vorher noch den Muttermund eröffnen, da es sonst zu einer Haematometra kommen würde. Es bleibt also wahrscheinlich nichts anderes übrig, als alle 3 Operationen gleichzeitig vorzunehmen.

Ob nun die Verstümmelungen durch Drucknecrose in Folge der langen Geburt, oder gewaltsam bei den Manipulationen des alten Weibes zu Stande gekommen sind, ist einerlei. Es beweist der Fall, wie nothwendig es ist, unserer Landbevölkerung bessere Hebammen zu schaffen.

Truhart fragt, ob das Kind lebend zur Welt kam. In diesem Fall handelt es sich wahrscheinlich um gewaltsame Verletzung, wurde es todt geboren, so wird es wohl durch Drucknecrose zu den Zerstörungen gekommen sein.

Kessler: das Kind soll todt geboren sein. Von Wichtigkeit wäre es zu wissen, wie lange die Presswehen dauerten. Leider kann der Mann keine Angaben machen. Es ist eigentlich unwahrscheinlich, dass die Hebamme resp. das alte Weib die Verletzung durch gewaltsamen Eingriff hervorgebracht hat; ihr Vergehen besteht darin, dass sie es verabsäumt hat, einen Arzt rechtzeitig herbeizurufen.

Truhart: da es sich möglicherweise um ein Criminalvergehen handeln könnte, so müsste die Leiche des Neugeborenen secirt werden. Noch jetzt könnten sich durch die Section Risse in der Musculatur und Knochenbrüche nachweisen lassen und es liesse sich dadurch feststellen, wie grosse Gewalt angewandt worden ist. Es finden sich Adhaesionen, derbe callöse Narben, Verwachsungen mit der Symphyse. Liegt vielleicht die Möglichkeit vor, dass dieselben schon vorher bestanden haben?

Kessler: das lässt sich anamnestisch ausschliessen. Die Zerstörungen sind während der Geburt entstanden.

Schiemann demonstrirt einen Patienten, welchem wegen incarcerirter Hernie 10 Fuss Dünndarm resecirt wurden.

Nachdem Anamnese, Operation und Krankheitsverlauf geschildert, referirt er kurz über eine Arbeit von Monari, der experimentell für den Hund festgestellt hat, wieviel man vom Magendarmtractus entfernen kann, ohne dass das Thier zu Grunde geht. Er berichtet ferner, wiviel vom Darm des Menschen verschiedene Operateure resecirt haben und weist darauf hin, dass es wichtig ist, die Messungen des Darmes am Mesenterium vorzunehmen. Zum Schluss betont er die Wichtigkeit, den keilförmigen Schlitz im Mesenterium, welcher nach Abtragung des Darmes nachbleibt, durch Suturen zu schliessen, da schon mehrfache Beobachtungen vorliegen, dass es zu nachträglichen Incarcerationen in den Spalt kommen kann.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Der Ober-Militärmedicinalinspector Geheimrath Dr. Remert ist in dienstlichen Angelegenheiten nach Sibirien gereist.

— Am 27. Juni vollendeten sich 50 Jahre der wissenschaftlichen Thätigkeit des Prof. emer. der ehemaligen Veterinär-Abtheilung der medico-chirurgischen Academie berathenden Mitgliedes der Veterinär-Comités Geheimrath N. W. Roshnow. Der Jubilar bekleidet seit vielen Jahren auch das Amt des gelehrten Secretärs des Veterinär-Comités.

— Die Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater in Moskau hat die Professoren Benedikt (Wien), Goldscheider (Berlin) und Oppenheim (Berlin) zu auswärtigen Mitgliedern gewählt.

— Als Stadthaupt von Herbillon (in Algier) fungirt der Doctor der Medicin der medico-chirurgischen Academie Benjamin Milliot, welcher seiner Zeit ein bekannter Militärarzt in Kiew war. (Wr.).

— Verstorben: 1) Am 24. Juni in St. Petersburg der Eisenbahnarzt der baltischen und Riga-Pleskauer Bahn, Dr. Peter Ssesenewski, welcher seit 1862 die ärztliche Praxis ausübte. 2) Am 3. Juni in Kasan der Ordinator an der dortigen Bezirks Irrenanstalt Dr. Netschajew an Phthisis. Der Hingeschiedene war nach Absolvirung seiner Studien an der Kasanschen Universität im Jahre 1884 zuerst kurze Zeit Stadtarzt in Urshum (Gouv. Wjatka), siedelte aber bald nach Kasan über, wo er die obenerwähnte Ordinatorstelle an der Irrenanstalt bekleidete. 3) In Halle der ehemalige Professor der Medicin an der Universität Giessen Dr. Hugo Gerold, im Alter von 85 Jahren. 4) In Louisville der dortige Professor der Chirurgie Dr. David Yandell. 5) In Paris der Chefarzt der Nervenklinik an der Salpétrière Dr. August Voisin, im 69. Lebensjahre. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen, am bekanntesten sind seine Arbeiten über Alkoholvergiftung und über die schädlichen Folgen der Ehen unter Verwandten.

— Dem Curarzt in Meran Dr. Franz Tappeiner, bekannt durch seine Arbeiten über die Lungenschwindsucht, ist der Adelstand mit der Ehrenbezeichnung «Edler» und dem Prädicat «Tappein» verliehen worden. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Die Reform unserer Apothekertaxe ist, wie ein hiesiges russisches Blatt erfährt auf unbestimmte Zeit verschoben worden.

— Der Congress polnischer Aerzte und Naturforscher, welcher, wie wir berichteten, im Sommer in Posen tagen sollte, wird wegen des polizeilichen Verbots der Betheiligung von Ausländern wahrscheinlich dort nicht stattfinden, wenigstens haben die Warschauer Aerzte den Vorschlag gemacht, den Congress nach Krakau oder Lemberg zu verlegen.

— In Berlin wird in diesem Jahre vom 3.—18. September n. St. eine Ausstellung für verbesserte Frauenkleidung und für Frauenhygiene abgehalten werden.

— Der ärztliche Club von Berlin (Lindengallerie) wird noch in diesem Sommer eröffnet werden. Auswärtige Aerzte können durch ein Mitglied auf 14 Tage frei eingeführt werden, sind aber auch bei längerem Verweilen in Berlin gegen Entrichtung eines ermässigten Monatsbeitrages zu vorübergehendem Eintritt bestens willkommen.

— Anti-Streptococcin. Ein Wiener Arzt Dr. Alexander Marmorek, welcher im Institut Pasteur in Paris thätig ist, hat wie bekannt über ein neues Heilmittel in der Société de Biologie Mittheilung gemacht. Wie er berichtete, soll es ihm gelungen sein, das Gegengift des Streptococcus pyogenes herzustellen, welches er Anti-Streptococcin nennt. Gegenwärtig werden unter der Leitung des General-Sanitätsinspectors Dr. Chantemesse in Paris in verschiedenen Hospitälern Versuche mit dem Mittel angestellt bei Blutvergiftung, beim Wund- und Wochenbettfieber und anderen Krankheiten, bei welchen der Streptococcus die Ursache ist. Ebenso dürfte sich das Anti-Streptococcin auch für solche diphtherische Erkrankungen eignen, in welcher der Streptococcus eine Rolle spielt, indem er neben dem Löffler'schen Bacillus auftritt und jene Fälle veranlasst, gegen welche sich das Behring'sche Heilserum bisher als unwirksam erwiesen hat.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Juni d. J. 7464 (38 wen. als in d. Vorw.), darunter 558 Typhus — (21 wen), 878 Syphilis — (16 mehr), 117 Scharlach — (9 wen.) 131 Diphtherie — (5 mehr), 55 Masern — (16 mehr), und 25 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis zum 27. Juni 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
340	235	575	205	69	118	8	13	22	57	52	49	39	27	24	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 7, Scharlach 12, Diphtherie 14, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 132, Todtgeborene 34.



Довв. ценз. Спб. 4 Іюля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 11. (23.) Juli 1898

Zehnter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte

zu Wolmar am 20., 21. und 22. August 1898.

Vorträge der Herrn Collegen finden noch Aufnahme in dem Programm bis zum 20. Juli c.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Zur Serumtherapie der Lepra.

Von
Prof. K. Dehio.

(Schluss).

Ich stehe mit diesem therapeutischen Misserfolg nicht ganz vereinzelt da, denn auf der im October 1897 in Berlin stattgehabten internationalen wissenschaftlichen Lepraconferenz haben auch andere Lepraforscher die Erfahrungen mitgetheilt, die sie mit dem Carrasquilla'schen Lepraheilserum gemacht haben [7]). So hat Barillon [8]) in Algier genau ebenso wie auch ich das Heilserum nach den Carrasquilla'schen Angaben hergestellt, nur dass er hierzu nicht ein Pferd sondern einen Esel benutzte. Die Erfolge, die er in zwei mit diesem Serum behandelten Fällen erzielte, waren so gering, dass er selbst sagt: «Les modifications apportées aux lésions constatées au début n'ont pas été assez profondes pour que nous puissions supposer, que ce sérum antilépreux ainsi preparé ait une supériorité très marquée sur les autres traitements de la lèpre... la solution du traitement de la lèpre n'est pas encore tout à fait dans cette méthode».

Hallopeau in Paris [9]), welcher 6 Fälle mit dem Carrasquilla'schen Serum behandelte, hat 8 Mal absolut negative Resultate gehabt und 2 Kranke erlitten während der Behandlung schwere Nachschübe der Lepra. Er spricht sich daher über die Wirkung des Serum sehr skeptisch aus.

Abraham [10]) aus London hatte in 3 Fällen negative Erfolge, will jedoch auch kein definitives Urtheil über diese Behandlungsmethode fällen.

Alvarez in Honolulu hat in 14 Fällen von Lepra genaue Beobachtungen angestellt, nachdem er dieselben 6 Monate mit Carrasquilla'schen Serum behandelt hat. In einem Fall von Lepra anästhetica kehrte in der linken Hand während der ersten Wochen der Behandlung die Sensibilität fast vollständig wieder, doch schwand sie wieder, trotz fortgesetzter Behandlung. Ein zweiter Patient mit Lepra tuberosa zeigte in den ersten Wochen der Behandlung eine ganz auffallende Besserung, allein zu einer wirklichen Heilung kam es doch nicht, da die Ulcerationen am Gaumen und die Verdickung der Ohren sowie etliche Lepraknoten bestehen blieben. Die übrigen 12 Patienten zeigten keine Besserungen, wohl aber hat Abraham im Gegensatz zu den Angaben Carrasquilla's oft beobachtet, dass während der Serumbehandlung neue Eruptionen auftraten. Schwerere Reactionserscheinungen nach den Injectionen wurden nur 2 Mal beobachtet.

Im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin ist, wie Brieger [11]) mittheilt, die Carrasquilla'sche Serumtherapie in 2 Fällen von Lepra ohne allen Erfolg versucht worden.

Arning [12]) in Hamburg hat bei einem Kranken mit schwerer tuberöser Lepra das von Carrasquilla selbst ihm übersandte Serum versucht. Anfänglich war der Erfolg glänzend, die Knoten schwanden, die Ulcera heilten, die Stimme kehrte wieder und Patient nahm an Körpergewicht und Wohlbefinden sichtlich zu. Allein die Kehrseite der Medaille blieb nicht aus. Als die fünfte Injection von 5 Ccm. gemacht worden war, fing Patient an zu fiebern, wurde rasch schlechter und gerieth bald in denselben traurigen Zustand, in dem er sich vorher befunden hatte.

Buzzi [13]) beschreibt einen Fall von Lepra tuberosa, den er mit dem Carrasquilla'schen Serum behandelt hat. Anfangserfolg günstig; über den weiteren Verlauf lässt sich noch nicht urtheilen.

[7]) cfs. Mittheilungen und Verhandlungen der internat. Lepraconferenz zu Berlin. Verl. v. Aug. Hirschwald. 1897.
[8]) l. c. Abth. II. p. 50 ff.
[9]) Ibidem. Theil II. p. 147.
[10]) Ibidem. Th. II. p. 148.
[11]) Ibidem. Th. II. p. 155.
[12]) Ibidem. Th. II. p. 154.
[13]) Deutsche med. Wochenschrift. 1897. Nr. 42.

Carrasquilla selbst hat auf der Berliner Lepra-Conferenz versichert (l. c. Th. II. p. 156) «que la thérapie, que j'emploie (sc. Carrasquilla) amène toujours, je ne dis pas la guérison, mais l'amélioration».

Man ersieht aus diesen Angaben, dass die Carrasquilla'sche Serumtherapie des Lepra in vielen Fällen eine auffallende Besserung der Symptome und Krankheitserscheinungen bewirkt hat, und es ist ein Verdienst Carrasquillas, diese seine Erfolge scharf betont zu haben. Aber eine definitive Heilung ist bis jetzt noch nicht beobachtet worden. Auf der anderen Seite hat die Behandlung auch oft vollkommen versagt. Meine eignen Versuche gehören zu denen mit völlig negativem Resultat.

Es fragt sich nun zunächst, wie die auffallenden, wenn auch nur temporären Besserungen, die ja zweifeillos beobachtet worden sind, aufzufassen sind. Dass im Lepraserum, welches Carrasquilla herstellte, gewisse Stoffe vorhanden sind, die die regressive Metamorphose und den zeitweiligen Schwund bewirken, das ist wohl sicher durch die klinische Beobachtung bewiesen. Aber sind diese therapeutisch wirksamen Stoffe als specifische Antitoxine zu betrachten, die durch die Uebertragung des Blutserums lepröser Kranker im thierischen Organismus erzeugt werden, oder haben wir es nur mit Stoffen nicht specifischer Natur zu thun, die bei der Lepra eine so auffallende Wirkung entfalten? Das ist die wichtige Frage, um deren Entscheidung es sich handelt. Ich glaube dieselbe dahin beantworten zu müssen, dass keine Gründe vorhanden sind, welche uns zur Annahme specifischer lepröser Antitoxine im Lepraheilserum zwingen. Von einem specifischen Antitoxin müssen wir doch wohl erwarten, dass es nicht nur vorübergehende, sondern definitive Heilwirkungen erziele, — solche sind aber bis jetzt nicht sicher beobachtet. Andrerseits aber lehrt uns die medicinische Erfahrung, dass es Stoffe giebt, die ihrer Entstehung nach nichts mit Lepra zu thun haben und folglich im bacteriologischen Sinn sicherlich keine specifische Antitoxine der Lepra sind, und die dennoch ganz ebensolche, oder wenigstens fast ganz ebensolche Wirkungen auf die leprösen Neubildungen ausüben wie das Carrasquilla'sche Heilserum.

In erster Linie ist hier das Koch'sche Tuberculin zu nennen, über dessen Wirkungen bei der Lepra ich schon gesprochen habe. Bekanntlich besteht das Koch'sche Tuberculin im Wesentlichen aus Substanzen, die durch mehrstündiges Kochen von Bacillenculturen aus dem Leibe der Tuberkelbacillen extrahirt werden und ihrem chemischen Charakter nach als Proteine bezeichnet werden müssen; unter diesen Bacterienproteinen der Tuberkelbacillen lassen sich Albuminate, Albumosen, Deuteroalbumosen und Peptone unterscheiden und alle diese Substanzen, besonders aber die beiden zuletzt genannten, bewirken bei Meerschweinchen, Kaninchen und andern Thieren sowie auch bei Menschen unter die Haut gespritzt dieselben Reactionen wie das Tuberculin selbst. Matthes [14]) hat nun gezeigt, dass ganz ebenso, wie die Proteine der Tuberkelbacillen auch sonstige aus dem gewöhnlichen Peptonum siccum e carne hergestellte Präparate, und namentlich Deuteroalbumosen und Pepton fiebererregend wirken. Diese von Matthes benutzten Stoffe, welche ihrer Entstehung nach garnichts mit irgendwelchen Bacterien zu thun hatten, besitzen ganz ebenso wie das Tuberculin die interessante Eigenthümlichkeit, bei Thieren, welche vorher künstlich tuberculös gemacht wurden, ein hohes Reactionsfieber zu erzeugen, während sie bei gesunden Thieren in derselben Dosis angewandt, nur eine unbedeutende Temperatursteigerung hervorrufen. Auch beim Menschen haben sie dieselbe Wirkung; tuberculöse Individuen reagiren auf eine subcutane Injection von Albumosen oder Pepton ebenso, wie auf Tuberculin, ja auch sogar die locale Reaction lässt sich bei Kranken, die an Lupus leiden, in Gestalt von Röthung und Schwellung der Lupusknötchen ebenso durch eine Albumose-Injection hervorrufen, wie durch eine gewöhnliche Tuberculininjection.

[14]) Matthes, Ueber die Wirkung einiger subcutan einverleibter Albumosen auf den thierischen, insonderheit auf den tuberculös inficirten Organismus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 54. 1895.

Weiterhin haben Roemer [1]), Buchner [2]), Bouchard und Charrin [3]) und G. Klemperer [4]) nachgewiesen, dass die aus den Reinculturen verschiedener pathogener und nicht pathogener Mikroben gewonnenen Bacterienextracte und Bacterienproteine, wie z. B. die Proteine des Bacillus pyocyaneus, des Pneumococcus Friedländeri, des Micrococcus prodigiosus, des Bacillus pneumoniae Fränkeli, des Bacterium coli eben dieselben fiebererregenden Wirkungen auf gesunde Thiere und genau dieselben allgemeinen und localen Reactionen auf tuberculösen thierischen und menschlichen Organismus hervorrufen wie das Koch'sche Tuberculin.

Aus allen diesen übereinstimmenden Untersuchungen geht wohl mit Sicherheit hervor, dass die zuerst von Koch entdeckte frappante Wirkung des Tuberculin auf den tuberculösen menschlichen und thierischen Organismus nicht dem Tuberculin allein eigenthümlich ist, sondern durch die verschiedensten Eiweisssubstanzen und Eiweissderivate bacteriellen und nicht bacteriellen Ursprungs erzielt werden kann. Das Tuberculin entfaltet hier keine specifische, sondern eine sehr vielen Bacterien, Proteinen und sonstigen Eiweissderivaten in gleicher Weise zukommende Wirkung. Wenn nun das Tuberculin, wie ich oben gezeigt habe, nicht nur bei tuberculösen Individuen, sondern auch bei leprösen Menschen so auffallende locale und allgemeine Reactionen hervorruft so liegt wohl die Vermuthung sehr nahe, dass auch die Proteine der übrigen schon genannten Mikroben, deren Wirkung dem des Tuberculin gleichkommt, auch bei der Lepra im Stande sein müssen, analoge Veränderungen hervorzurufen, wie das Tuberculin.

Diese Vermuthung wird durch eine practische Erfahrung bestätigt, die wir mehrmals in unseren Leprosorien gemacht haben und die auch von Wihtol [1]) veröffentlicht worden ist. Wenn Leprakranke ein intercurrentes Erysipel durchmachen, so sieht man öfters, dass danach viele lepröse Knoten und Infiltrate der Haut verschwinden oder flacher und weicher werden und oft behaupten die Kranken, dass sich auch die Sensibilitätsstörungen bedeutend gebessert haben. Diese Besserung tritt auch an solchen Körpertheilen ein, welche nicht direct vom Erysipel ergriffen waren. Wie liesse sich diese auffallende Besserung wohl anders erklären als durch die Wirkung der Erysipel-Streptococcen oder ihrer Stoffwechselproducte?

Das Resultat, zu welchem ich auf Grund der vorgebrachten Thatsachen und Ueberlegungen gelangen muss, dürfte nun nicht mehr zweifelhaft sein. Ich halte es für noch nicht bewiesen, dass in dem Carrasquilla'schen Heilserum ein specifisches

[1]) Tuberculinreaction durch Bacterienextracte. Wiener klin. Wochenschr. 1891. Nr. 43.

[2]) Buchner. Tuberculinreaction durch Proteine nicht specifischer Bacterien. Münchner med. Wochenschr. 1891. Nr. 43.

[3]) Bouchard et A. Charrin. Elevations thermiques et toxines. Semaine méd. 1892, p. 528. citirt nach Baumgarten's Jahresber. pro 1892.

[4]) Klempner. Zeitschr. f. klin. Med. 1892, p. 165.

[1]) Petersb. med. Wochenschr. 1895. Nr. 19, p. 175.

Antitoxin der Lepra vorhanden ist. Ich vermuthe vielmehr, dass sich in diesem Heilserum Proteine, Albumosen und sonstige nicht specifische Eiweissderivate vorfinden, welche die von Carrasquilla beschriebenen Veränderungen bewirken und die Resorption der leprösen Infiltrate und die Heilungsvorgänge an den leprösen Geschwüren hervorzurufen vermögen. Ich sehe hierin ein Analogon der Tuberculinwirkung und die Zukunft muss lehren, ob die therapeutischen Erfolge, über die Carrasquilla berichtet hat, auf die Dauer vorhalten werden oder ebenso vergänglich sind, wie die Effecte des Tuberculin.

Wie es kommt, dass in dem Carrasquilla'schen Serum solche Substanzen vorhanden sind, welche auf die Krankheitsproducte der Lepra immerhin eine Wirkung ausüben, während doch solche Substanzen in der von mir hergestellten Flüssigkeit vollständig fehlten, darüber erlaube ich mir kein abschliesendes Urtheil. Sollte das von mir benutzte Pferd weniger geeignet gewesen sein, als die von Carrasquilla gebrauchten Thiere? Oder sollten sich im Carrasquilla'schen Serum unbeabsichtigter Weise Mikroben nicht specifischer Natur entwickelt haben, deren Proteine und Toxalbumine später zur Geltung kamen? Hierüber würde die bacteriologische Untersuchung des Carraquilla'schen Serum uns vielleicht einen Aufschluss geben können.

Dasjenige Serum, welches ich benutzt habe, war, wie ich schon gesagt habe, entweder ganz steril oder enthielt doch nur vereinzelte. bedeutungslose Bacterien. Dem gemäss konnten auch keine unerwarteten Bacterienproducte in meinem Serum vorhanden sein und aus der Abwesenheit dieser Bacterienproducte erkläre ich mir die Wirkungslosigkeit meines Serums.

Ich habe trotz der negativen Resultate meiner Arbeit es doch für richtig gehalten dieselben ausführlich zu besprechen, denn auch der Misserfolg hat sein Gutes und bringt seinen Nutzen. Er bewahrt uns vor falschen Illusionen und speciell im vorliegenden Fall zeigt er, dass die Serotherapie der Lepra ein Problem ist, an dessen Lösung man nur mit der grössten Vorsicht und mit der schärfsten Kritik herantreten darf.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie für Aerzte und Studirende von Dr. Ernst Ziegler, Professor der pathologischen Anatomie und der allgemeinen Pathologie an der Universität Freiburg i. Br. Neunte neu bearbeitete Auflage. Erster Band. Allgemeine Pathologie. Mit 514 theils schwarzen, theils farbigen Abbildungen und einer Tafel in Chromolithographie. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1898.

Ergänzungsheft. Technik der histiologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate für Studirende und Aerzte von Dr. C. von Kahlden. A. O. Professor und I. Assistent am pathologischen Institut der Universität Freiburg. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1898.

In der vorliegenden neunten Auflage hat Verfasser durch Bearbeitung sämmtlicher Abschnitte auch die Fortschritte der letzten Zeit auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie berücksichtigt. Ganz neu geschrieben sind der Abschnitt über die regressiven Ernährungsstörungen und die Zellinfiltrationen und der Abschnitt über die Geschwülste. Verfasser unterscheidet bei den Degenerationen, die zur Bildung hyaliner Producte führen, neben der schleimigen Degeneration noch folgende Bildungen: 1) Die epitheliale Kolloidbildung und die epithelialen hyalinen Concretionen, 2) die pathologische Epithelverhornung, 3) die amyloide Degeneration des Bindegewebes und die amyloiden Concremente, 4) die hyaline Degeneration des Bindegewebes und die hyalinen Producte der Bindegewebszellen. Durch diese Eintheilung lässt sich in der That am besten ein übersichtliches Bild über die Degenerationsformen gewinnen.

Die Geschwülste sind vom Verfasser ausführlicher geschildert worden wie früher, wenngleich er seine Ansicht über das Wesen und die Entstehung derselben nicht wesentlich geändert hat.

Auch die in der letzten Auflage gegebene Definition der Entzündung hat Verf. nicht geändert, da er in den gegen sie erhobenen Widersprüchen keine stichhaltigen Gegengründe finden konnte.

Was die Abbildungen anbetrifft, so sind sie um ein Bedeutendes vermehrt und in jeder Beziehung mustergültig ausgeführt. Die Literatur ist in umfassender Weise angeführt und am Schlusse eines jeden Abschnittes in alphabetischer Reihenfolge geordnet.

Der Ruf dieses Werkes ist ein zu bewährter, als dass es nöthig wäre noch zu seinen Gunsten zu sprechen.

Auch das «Ergänzungsheft» der pathologischen Anatomie hat in der neuen Auflage zahlreiche Erweiterungen und stellenweise Umarbeitung einzelner Abschnitte erfahren. Mit dem Microscope und den Utensilien beginnend, behandelt Verfasser die verschiedensten Präparations- und Färbemethoden, darauf folgen Untersuchungen degenerativer Veränderungen wuchernder und entzündeter Gewebe, Untersuchungen von Bacterien Schimmel- und Sprosspilzen, von thierischen Parasiten und eine Uebersicht über die Behandlung der einzelnen Gewebe und Organe zum Zweck microscopischer Untersuchung, und zum Schluss eine Abhandlung über microscopische Untersuchung zu gerichtlichen Zwecken.

Das Buch ist leicht verständlich und klar geschrieben und zur Orientirung bei microscopischen Arbeiten vorzüglich geeignet.

Einer wie grossen Popularität es sich erfreut beweist allein der Umstand, dass eine englische, französische, russische und italienische Uebersetzung derselben erschienen ist.

Fr. Mühlen.

M. Flesch: Prostitution und Frauenkrankheiten. Verlag von J. Alt, Frankfurt a/M. 1898.

In einem, im Verein für öffentliche Gesundheitspflege gehaltenen Vortrag sucht Verf. nachzuweisen, dass die zur Zeit geltenden Bestimmungen zur Verhinderung der Verbreitung venerischer Krankheiten ungenügend sind. Es bedarf weit einschneidender gesetzgeberischer Maassregeln, um «das schwerste sociale Uebel unserer Zeit» zu bekämpfen. Denn dieses greift an die Wurzel der gedeihlichen Entwickelung eines Volkes, der Volksgesundheit, an; diese wird in den weitesten Classen der Bevölkerung untergraben, die darauf folgende wirthschaftliche Beeinträchtigung des Volks- und Familienlebens und die Hemmung des Bevölkerungszuwachses sind die unmittelbare Folge der um sich greifenden venerischen Erkrankungen, «handelt es sich doch um Erkrankungen, die die Bevölkerungsziffer in viel höherem Grade beeinflussen, als die verderblichsten, zeitweise auftretenden Epidemieen» (Kopf).

Die Kenntniss des Zusammenhanges dieser Verhältnisse ist das Ergebniss der neueren Pathologie: ein grosser Theil der Erkrankungen der Adnexa des Uterus mit ihren immer wieder recidivirenden Erscheinungen beruht auf gonorrhoischer Infection und macht die Frau auf Monate und Jahre arbeitsunfähig. Nach dem Standpunkt des Socialpolitikers übertrifft die Wichtigkeit des Trippers die der Syphilis durch die Beinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Auf diese und andere Gesichtspunkte geht Verf. vom Standpunkt des Socialpolitikers aus ein, ebenso auf die Reglementirung der Prostituirten und die Nothwendigkeit einer verschärften Ueberwachung derselben. Nach Ansicht F.'s fällt die Internirung, «Zwangsheilung», krank befundener Prostituirter behufs Heilung ihrer Krankheit nicht in den Rahmen des Nothwendigen, statt dessen sollen im Krankheitstall die Entziehung der Erlaubniss zur Ausübung des Berufes treten und die Nichterfüllung dieser Forderung nach den Bestimmungen des Strafgesetzbuches über Körperverletzungen bestraft werden.

Der Vortrag ist lesenswerth und verdient der Beachtung von Seiten der Aerzte und der Vertreter der communalen Verwaltung.

Lingen.

C. Schleich: Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Dritte Auflage. 1898. Verlag von J. Springer, Berlin.

Die Schleich'sche Methode der Infiltrationsanaesthesie ist schon seit mehreren Jahren bekannt. Die Grundzüge derselben, wie sie in den ersten Auflagen niedergeschrieben, sind auch in dieser Zeitschrift dem Leser vorgeführt worden. Die neue Auflage ist erweitert und schildert die Resultate der vervollkommneten Technik.

Verf. ist ein ausgesprochener Gegner der Narcose und präcisirt seinen Standpunkt dahin, dass ein Mittel, welches nur eine Beihilfe, eine Unterstützung eines Heilverfahrens darstellt, nicht angewandt werden darf oder wenigstens die grösste Einschränkung der Anwendung derselben auferlegt werden muss, wenn es bei seiner Anwendung auch die geringste Gefahr involvirt, — und dieses ist bei den üblichen Narcoticis der Fall. Ueber die Gefahr der Narcose, die statistisch gesammelten Daten, über die Kritik derselben, über die Physik der Narcose, verbreitet sich Verf. des Ausführlichen. Nach einer längeren Abschweifung ins Gebiet der Histologie des Hirns, der Psychologie und der Psychophysik des normalen Schlafes, wie des unter Narcose entstandenen, geht Verf. auf den Kernpunkt der Sache ein.

Das Schleich'sche Verfahren ist ja jetzt recht allgemein bekannt und besteht in der künstlichen Oedemisirung des Operationsgebietes. Die Infiltrationsanaesthesie vermag zum Mindesten 90% aller Narcosen überflüssig zu machen. Verf. wendet dreierlei Lösungen an, je nach dem Cocain-, event. Morphiumgehalt:

Cocain mur. 0,01—0,1—0,2
Morph. mur. 0,005—0,02
Natr. chlor. 0.2
Aq dest. steril. ad 100,0

Das Operationsgebiet wird anfangs durch Aetherspray (die Schleimhäute durch Carbol 10% oder Cocainkörnchen) anaesthesirt, dann wird mit der Oedemisirung mittels einer der eben angegebenen Lösungen begonnen und schrittweise eine Quaddel nach der andern angelegt, daran, wenn nöthig die Oedemisirung der tieferen Lagen (Tiefenanaesthesie) vorgenommen, bis, wenn nöthig, zum Knochen, — jedenfalls heisst es: Kein Schnitt ohne vorherige Infiltration. Auf die Technik kann hier nicht näher eingegangen werden, dieselbe findet sich ausführlich beschrieben, ebenso die Anwendungsweise bei den einzelnen Operationen. Schleich hat nicht allein kleinere operative Eingriffe vorgenommen, sondern selbst Amputationen, Exarticulationen von Fingern, Herniotomieen, Ovariotomieen, Haemorrhoidaloperationen etc. unter der Infiltrationsanaesthesie ausführen können.

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

637. Sitzung am 3. März 1898.

Vorsitzender: Herr Tiling — Secretär: Herr Heuking.

1) Herr Anders ergänzt das Protokoll der Sitzung vom 17. Februar dahin, dass unter den von ihm erwähnten Masernfällen eine auffallend grosse Anzahl an Lungencomplicationen litt.

2) Herr Petersen berichtet über die Ergebnisse, zu denen ihn seine Studien über die Verbreitung des Favus in Russland geführt haben. — Redner hat in den Berichten der Wehrpflichtscommissionen ein sehr brauchbares Material zur Erforschung dieser Frage gefunden. Es stellt sich heraus, dass unter den Bewohnern des russischen Reiches der Favus besonders einzelnen Racen anzuhaften scheint. In erster Linie ist er unter Juden sehr verbreitet. Sodann finden sich sehr viele Favuskranke unter der muhamedanischen Bevölkerung. Dementsprechend ist auch die geographische Verbreitung der Krankheit eine sehr ungleichmässige: besonders deutlich fällt eine Accumulation von Favuskranken in den Gouvernements des Reiches auf, in denen es eine dichte Bevölkerung muhamedanischer Confession giebt. Dieses Ergebniss stimmt mit der Angabe Neumann's überein, dass dieses Leiden unter Muhamedanern sehr verbreitet ist. — In den grossen Städten Russlands scheint Favus eine selten zu beobachtende Erscheinung zu sein; bei uns, in Petersburg, ist ein Favuskranker eine grosse Seltenheit, wenigstens geben die Hospitalberichte immer nur einzelne Fälle an. Möglicherweise kommen mehr von dieser Art Kranke in den Kinderhospitälern vor. Ob der Favus nicht überhaupt für eine Krankheit anzusehen ist, die mit dem Fortschritte der Cultur schwindet? Es macht den Eindruck, als ob die Beobachtungen in anderen Ländern zu demselben Ergebnisse führen. In den grossen Hospitälern London's sind im Laufe eines Jahres blos 13 Favuskranke beobachtet worden; Berichte aus Norwegen sprechen dafür, dass die Krankheit dort auch im Rückgange begriffen ist, und zwar ist dort das Verhältniss der Erkrankungen in den Städten zu jenen auf dem Lande wie 1:10.

In neuester Zeit ist bei uns jener Paragraph der Wehrpflichtsordnung gestrichen worden, der die Favuskranken (im Verein mit an schwerem Eczem und Lichen Leidenden) von der Ableistung der Wehrpflicht ausschloss, so dass nunmehr die Favösen auch eingestellt werden sollen. Referent bezweifelt die Zweckmässigkeit dieser neuen Verfügung. Wo sollen nun die mit Favus Behafteten Rekruten untergebracht werden? Einzelne Militärhospitäler werden vermuthlich in kürzester Frist mit ihnen angefüllt sein — ein Uebelstand, der um so mehr in Gewicht fallen muss, als die Heilung der Favösen viele Monate, in einzelnen Fällen selbst Jahre in Anspruch nimmt (Neumann).

Herr Hörschelmann: hat auch den Eindruck gewonnen, als ob der Favus in Petersburg entschieden im Abnehmen begriffen ist. Der Bericht des Nikolai-Kinderhospitals für das Jahr 1896 weist unter 21,000. ambulatorischen Kranken nur einen Favusfall auf.

Herr Wanach bestätigt auch das äusserst seltene Vorkommen des Favus in Petersburg. Im Peter-Paul-Hospital hat er im Laufe von etwa 9 Jahren nur einen einzigen Fall gesehen. — Sehr auffallend zu diesem seltenen Vorkommen in Petersburg steht das häufige Antreffen dieser Hautkrankheit in Dorpat, wo Favöse zu den ständigen Besuchern der Poliklinik gehörten.

Herr Heuking kann sich nicht erinnern im Laufe von c. $2^1/_2$ Jahren im grossen ambulator. Material des Oldenburger-Kinderhospitals auch nur einen unzweifelhaften Fall von Favus gesehen zu haben. Ueberrascht war Redner gelegentlich seines Aufenthaltes in Frankreich zu erfahren, dass dort in einzelnen Gegenden Favus in erschreckender Häufigkeit anzutreffen sei: einen Hauptheerd bildet die Stadt Paris und einzelne centrale Departements. Von dem Director des Hôpital maritime in Berck sur Mer, Dr. Ménard, erfuhr er, dass unter allen Infectionsgefahren, die dem mehr als 800 Kranken bergenden Seehospital drohen, die Ansteckung mit Favus die gefürchteste ist.

Herr Nissen: im Elisabethkinderhospital ist Favus höchst selten beobachtet worden. Ungleich häufiger sieht man Fälle von Herpes tonsurans.

Herr Hellat hat im Auftrage das Bettler-Comités gerade die ärmste und verwahrloseste Bevölkerungsschicht Petersburg's zu untersuchen Gelegenheit gehabt, und kann auch nur bestätigen, dass Favusfälle sehr selten anzutreffen sind — es sind ihm nur ein eklatenter und 2 verdächtige Fälle vorgekommen.

Herr O. Hagentorn hatte, als er noch im Kursk'schen Gouvernement lebte, innerhalb 5 Jahren eine grosse Menge Fälle von Favus gesehen und bestätigte, dass die Heilung dieser Krankheit oft sehr grosse Schwierigkeiten darbietet. In den letzten 10 Jahren, hier bei Petersburg, auf der grossen Obuchow'schen Stahlgiesserei, hat er dagegen kaum ein paar Fälle unter seinen sehr zahlreichen ambulatorischen Kranken zu Gesicht bekommen,

Herr Holzinger berichtet von seiner Reise in Abessinien und im Somali-Lande, dass, so verwahrlost und unkultivirt die Bevölkerung jener Länder auch sei, und so sehr auch andere Hautkrankheiten daselbst herrschen, ihm doch kein einziger Favuskranker unter ca. 15,000 allerverschiedensten Krankheitsfällen begegnet ist. — Es scheine ihm daher kein Zusammenhang zwischen niedrigen Culturstufen der Bevölkerung und dem Auftreten des Favus zu existiren; eher seien gewisse Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten als fördernde Bedingungen für die Ausbreitung dieser Krankheit anzusehen.

Herr Mossin: Es scheint eine gewisse Parallele zu existiren zwischen dem häufigen Vorkommen von Favus (und überhaupt von Hautkrankheiten) bei gewissen Völkerschaften und ihrer Enthaltsamkeit in Bezug auf den Genuss von animalischen Fetten, speciell Schweinefett.

Herr Ukke hatte im Ujasdow-Militärhospital zu Warschau Gelegenheit viele Favöse unter den Rekruten zu beobachten. In 100 Fällen wurden ihm Proben zur mikroscopischen Untersuchung vorgelegt: in allen Fällen handelt es sich um echten Favus. Unter den Rekruten gab es viele Juden. — Die Aerzte des Hospitals sprachen sich damals einstimmig gegen die neue Verfügung, bezüglich der Zulassung der Favösen zum Militärdienst aus.

Herr Nissen erwähnt, dass er gehört habe, dass Juden sich sogar absichtlich mit Favus inficirten, um der Wehrpflicht zu entgehen.

Herr Serck: in früheren Jahren glaubt er Favuskranken im Ambulatorium des Oldenburger Kinderhospitals häufiger gesehen zu haben als jetzt, wo sie äusserst selten vorkommen. — Dagegen kommen gewisse eczemartige Ausschläge am Kopfe vor, die bei oberflächlicher Betrachtung wohl für Favus angesehen werden könnten.

Herr Moritz und Heuking sprechen auch die Vermuthung aus, dass gar nicht so selten Herpes tonsurans und Eczeme für Favus gehalten werden mögen.



Herrn Kallmeyer's persönliche Erfahrungen im Obuchow-Hospital sprechen doch dafür. dass es auch in Petersburg Favuskranke giebt; auffallend ist es, dass jene mit Favus behafteten Personen, welche an das Obuchowhospital sich wandten, grösstentheils Einwohner des berüchtigten Wjasemskischen Hauses waren, somit der elendsten und verwahrlosesten Schichte der grossstädtischen Bevölkerung angehörten.

Herr Lunin führt Zahlen aus der Ambulanz des Elisabeth-Krankenhauses an, aus denen zu ersehen ist, dass der Favus verhältnissmässig selten beobachtet wurde; zugleich fügt er hinzu, mancher Kranke sei vielleicht 2 oder mehr mal notirt worden, was bei so chronischen Krankheiten in grossen Ambulatorien leicht vorkommen kann.

Herr Anders meint, dass letzterer Umstand darin begründet sein mag, dass gerade in den letzten Jahren mit dem Empfange der Hautkrankheiten ein specialistisch geschulter Arzt beschäftigt gewesen sei.

Am Schluss der Discussion demonstrirt Herr Petersen ein Wachsmoulage, den Unterarm eines Kranken darstellend, der mit über Kopf, Rumpf und Extremitäten verbreiteten Favus behaftet waren (Favus universalis).

(Schluss folgt).

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 21. Mai 1897.

Vor der Tagesordnung fragt Truhart im Anschluss an die auf der vorigen Sitzung demonstrirten Fälle von ausgeführtem Redressement bei Malum Potti an, ob die Indication zu dieser Operation in jedem Fall gegeben sei, ob sie nur in frischen Fällen angewandt werden könne und ev. contraindicirt sei, wo man z. B. auf Verkürzung und Schrumpfung der Kapsel und Bänder rechnen müsse; ferner ob sie bezüglich des Rückenmarkes ungefährlich sei, auch wenn schon grössere Zerstörungen der Wirbelkörper, Dornfortsätze etc. vorhanden sind. Wären da nicht schwere Verletzungen des Rückenmarkes möglich?

Schiemann: Veröffentlichungen über schwere Folgeerscheinungen (Meningitis etc.) liegen vor. Die Operation wird wohl immer an Kindern, also in relativ frischen Fällen vorgenommen. Sie bedeutet entschieden einen Fortschnitt gegenüber der bisherigen Therapie, die nur in Ruhestellung der erkrankten Wirbelsäule bestand.

Zoege: es handelt sich dabei stets um tuberculöse Processe, mit denen man früher sehr vorsichtig umging. Callot berücksichtigt jugendliche d. h. frische Tuberculose, nicht nur jugendliches Alter. Man kann sich also so stellen, dass das Redressement vorzunehmen sei, wo es sich um frische tuberculöse Processe handelt, liegt Compressionsmyelitis vor, so ist Vorsicht geboten. Hier und in alten Fällen, wo das Redressement nicht gelingen würde, käme vorherige Resection der Wirbelbogen in Betracht, d. h. zunächst operative Befreiung des Rückenmarkes und darauf Geradestellung der Wirbelsäule. Die bisherigen Erfolge sind jedenfalls ermuthigend.

Dehio: Angerer warnt vor gar zu grossen Hoffnungen, er hat einmal Paraplegie der unteren Extremitäten durch acute Compression beobachtet. Anders in Petersburg hat 2 mal unangenehme Zufälle erlebt: 1 mal ebenfalls Paraplegie, ein zweiter Fall ging unaufgeklärt unter Blutbrechen zu Grunde. Man darf daher nicht sagen, dass alle Fälle günstig verlaufen.

Zoege: man darf nicht alle Fälle von Malum Potti redressiren, auch hier wird individualisirt werden müssen. Gegenüber der bisherigen miserablen Prognose der Erkrankung ist jedenfalls der Versuch activ vorzugehen berechtigt.

Schieman: seitdem ist noch ein Fall (3½-jähriges Kind) gestreckt worden. Es bestanden schwache Krämpfe in den Beinen und stark gesteigerte Patellarreflexe. In 8 Tagen sind die Krämpfe geschwunden, ebenso die Steigerung der Reflexe.

Truhart imponirt die neue Methode; Callot giebt an, dass sie in frischen Fällen indicirt sei, doch könnte in solchen auch ohne Redressement forcé einfach durch die früher übliche Extension Ausgleich des Buckels erreicht werden.

Zoege: Callot's Verfahren ist nicht eine ganz neue Methode, es wird mittelst derselben nur mehr gethan. Durch Extension suchte man früher so viel als möglich zu strecken, jetzt thut man es gewaltsam vollständig. Die Extension ist seit längerer Zeit verlassen worden, Callot hat den Gedanken wieder neu aufgenommen. Auch bei der Extension hat Zoege einen Fall von Meningitis gesehen. Wohl ist es möglich, dass durch die gewaltsame Streckung die Gefahr einer Ausbreitung des Processes auf die Meningen grösser ist, als bei vorsichtiger Streckung, nothwendig ist es aber nicht. Im Princip hat Callot das wieder aufgenommen, was früher Normalverfahren war, nur modificirt, indem er gewaltsam den Buckel ausgleicht.

Dehio hat durch die Rauchfuss'sche Schwebe, die seiner Zeit im Oldenburger-Kinderhospital üblich war, sehr gute Erfolge erzielt, Paraplegien gingen zurück, wenn auch der Buckel bestehen blieb, Meningitis hat er nicht beobachtet. Functionell gab sie also gute Resultate. Ob es berechtigt ist, um die Entstellung zu entfernen, einen so viel schwereren Eingriff zu unternehmen, wie es das Redressement ist — ist eine noch offene Frage, deren Beantwortung erst längere und genauere Beobachtung erfordert.

Zoege: die Rauchfuss'sche Schwebe ist noch heute indicirt, wo der Process eben beginnt, noch kein Buckel vorhanden ist; wo derselbe sich ausgebildet hat, da hilft sie nicht viel. Nicht immer ist es der Druck der verschobenen Wirbelkörper auf das Rückenmark, der die Lähmungserscheinungen hervorbringt oft sind es tuberculöse Herde im Canal. Die Heilung der Paraplegien in der Rauchfuss'schen Schwebe muss nicht nothwendiger Weise auf mechanische Momente zurückgeführt werden, es kann ebenso oft die blosse Ruhestellung sein, die die Ausheilung zu Stande bringt.

Dr. von Manteuffel berichtet über einen Fall von Anaemia gravidarum, den er im Hospital in Prof. Dehio's Abtheilung beobachtet hat.

Die 28-jährige Patientin erkrankte gleich nach der Heirath im ersten Schwangerschaftsmonate an den Zeichen der perniciösen Anaemie. Allmählich besserte sich der Zustand und im 8. Monat gebar sie eine todte Frucht. Hierauf litt Patientin an denselben Beschwerden während der 4. Schwangerschaft, die mit der Geburt eines 8-monatlichen Kindes endete und zuletzt während der 6. und letzten Schwangerschaft, in der alle Symptome schon im ersten Monat auftraten und sich allmählich steigerten. In der Zwischenzeit war Patientin völlig gesund und gebar einige gesunde Kinder. — Die Patientin, eine kräftig gebaute Person, zeigt alle Symptome einer schweren Anaemie. Es lässt sich eine starke Anschwellung der Leber und ein colossaler Milztumor palpiren, der bis zum Nabel resp. auf die Darmbeinschaufel reicht. Die Untersuchung per vaginam ergiebt die gewöhnlichen Schwangerschaftszeichen.

Zahl der rothen Blutkörperchen 1700.000, die der weissen 6900. Blut blass, hier und da rothe Blutkörperchen mit gefärbtem Kern. Augenhintergrund blass, in der Netzhaut eine grosse Menge von unregelmässigen Blutextravasaten. Urin von gelb-röthlicher Farbe, zeigt bei spectroscopischer Untersuchung den charakteristischen Ausfall des blauen Theils des Spectrums. Im Blutserum ebenfalls Urobilin spectroscopisch nachweisbar. Im weiteren Verlauf kam die Zahl der rothen Blutkörperchen auf 780.000, die der weissen auf 5360, der Haemoglobingehalt stieg von 19 auf 25%. Fiebersteigerungen bei 38,5 kamen zur Beobachtung. Auf der Höhe der Krankheit wurde die künstliche Frühgeburt (4 Monat) eingeleitet. Ausserdem wurde Patientin mit subcutanen Kochsalzinfusionen behandelt, zuletzt wurde noch eine subcutane Blutinfusion vorgenommen. Erst danach begann der Zustand der Patientin sich stetig zu bessern, so dass sie nach c. 3 Wochen mit einem Haemoglobingehalt von 47% und mit einer Anzahl von 2 Mill. rother Blutkörperchen, ohne Oedeme und Icterus entlassen werden konnte. Nur der Milztumor war von der ursprünglichen Grösse, auf Druck jedoch nicht mehr empfindlich und es bestand noch ein anaemisches Herzgeräusch.

Gusserow war der erste, der auf die Anaemie der Schwangeren aufmerksam machte. Seine Fälle endeten alle letal, waren also perniciös. Seitdem ist die Literatur darüber nicht allzu gross geworden. Der vorliegende Fall bietet manches Interessante. Dass hier die Schwangerschaft die Hauptrolle zum Zustandekommen der schweren Anaemie spielt, ist deutlich ersichtlich, der innere Zusammenhang jedoch zwischen Ursache und Symptomen lässt sich aber auch aus diesem Fall nicht ersehen. Nicht unwichtig erscheint die Frage, zu welchen Mitteln man zu greifen berechtigt ist, um neue gefahrdrohende Nachschübe der Krankheit zu verhüten. Schliesslich scheint der vorliegende Fall zu beweisen, dass der hier beobachtete eigenthümliche Icterus sein Zustandekommen dem Auftreten von Urobilin im Blut verdankt. Während der ganzen Krankheitsdauer nämlich konnte trotz zahlreicher, sowohl zu Anfang wie zu Ende der Krankheit angestellter Untersuchungen nie Gallenfarbstoff im Serum oder Urin nachgewiesen werden, jedes mal jedoch spectroscopisch und chemisch Urobilin und zwar beim Schwinden der Krankheit in absteigendem Maasse. Diese Thatsache würde deshalb vielleicht der Gumke'schen Anschauung, dass es keinen Urobilinicterus gäbe, entgegengestellt werden können.

(Autoreferat).

Discussion.

Dehio: als Patientin ins Hospital trat, bestand schwere Anaemie, es wurde anfangs das Schwitzbett versucht, doch erfolglos, wie auch in einigen anderen Fällen von schwerer Anaemie. Das Schwitzbett ist indicirt bei den chlorotischen

Formen der Anaemie, wo es sich um mangelhafte Blutbildung handelt, die durch das Schwitzen angeregt wird (Stoffwechselanregung!). Bei den schweren Anaemien (Anaemiae graves) handelt es sich wohl mehr um abnormen Zerfall von Blutkörperchen (Autointoxication, wie z. B. bei der Botriocephalusanaemie) infectiösen Ursprunges, wofür die Vergrösserung der parenchymatösen Organe spricht. Diese Anaemien werden vielleicht durch Giftwirkung bedingt und das Schwitzen, durch das wir den Stoffwechsel und die Blutbildung anregen wollen, hilft in diesen Fällen nichts, da die neugebildeten Blutbestandtheile wieder zerfallen, vielleicht sogar durch ihren Zerfall neues Material zur Autointoxication liefern. Gusserow macht darauf aufmerksam, dass die Geburt an und für sich nicht gefährlich sei, die Prognose trotzdem sehr schlecht, da seine Fälle alle letal endigten. Allerdings ist noch in keinem der veröffentlichten Fälle die Frühgeburt so früh eingeleitet worden, wie in dem unserigen. Sie hat aber nicht an und für sich den guten Erfolg gehabt, erst einige Wochen nachher trat eine Besserung ein und das geschah scheinbar nach der subcutanen Infusion von defibrinirtem Blut. Auch bei der Botriocephalusanaemie hat Dehio durch subcutane Infusionen Erfolge erzielt. Er glaubt daher, dass sobald bei einer Schwangerschaftsanaemie der progressive Charakter zweifellos festgestellt worden ist, man die künstliche Frühgeburt einleiten soll, nach Vollendung derselben soll man der 2. Indication gerecht werden d. h. der Trans- resp. Infusion.

Manteuffel: die Anamnese weist darauf hin, dass die Anaemie sich in jeder Schwangerschaft zeigte und zwar wurde ihr Charakter immer schwerer. Deshalb glaubt er, dass die künstliche Frühgeburt doch wesentlich zur Besserung beigetragen resp. die Heilung bedingt hat.

Dehio: die indicatio causalis scheint allerdings die Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu fordern. Er hat die Patientin vor weiteren Schwangerschaften gewarnt. In solch einem Fall könnte man vielleicht an die Castration denken.

Meyer: die Castration ist nicht zu vertheidigen, sie wäre in diesem Fall kein Heilfactor sondern eine prophylactische Maassnahme. Wir haben aber viel schonendere Mittel um die Conception zu verhüten (Occlusionspessar, resp. bei eingetretener Conception frühzeitiger artificieller Abort). Vor 10 Jahren wurde die Castration in nicht zu billigender Weise oft ausgeführt. Sie ist eine schwere Verstümmelung des weiblichen Körpers, eher käme in solchen Fällen die Unterbindung der Tuben in Betracht. Sobald die Diagnose Anaemia gravis feststeht, möge man zur künstlichen Frühgeburt schreiten. Die Geburt selbst birgt für derartige Patientinnen eine grosse Gefahr in sich, nicht nur wegen des event. Blutverlustes, sondern der ganze erschöpfende Act beeinflusst auf das Ungünstigste den Verlauf der Krankheit.

Manteuffel: Die Erkrankung war während jeder folgenden Gravidität schwerer als in der vorausgehenden. Es ist möglich, dass bei nochmaligem Eintritt einer Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt zu spät kommt und die Patientin ihrer Anaemie erliegt. Es muss deshalb der Eintritt der Schwangerschaft, d. h. die Conception überhaupt verhindert werden.

Dehio fragt, ob das Occlusivpessar dasselbe sicher thut.

Meyer: mit grösster Wahrscheinlichkeit. Seines Wissens sind Fälle von Anaemia gravidarum, die wie in diesem Falle habituell geworden war, nicht bekannt. Die Castration hält er schon aus dem Grunde für verwerflich, weil vielleicht doch nach längerer Zeit eine Gravidität wieder vertragen werden könnte. Es muss nach Möglichkeit ein Eingriff vermieden werden, der die Geschlechtsfunction ein für allemal vernichtet. Die Ovarien sind möglichst zu schonen, sogar bei Myomotomien.

Dehio: der Fall scheint ferner zu beweisen, dass es einen wirklichen Urobilinicterus giebt. Jedenfalls war im Urin nie Gallenfarbstoff nochweisbar.

Manteuffel hat in der Literatur keinen Fall von einwandsfreiem Urobilinicterus finden können.

Dehio: in unserem Fall lieferte das Haemoglobin durch gesteigerten Zerfall Urobilin. Es fragt sich nur, ob das Urobilin im Stande ist, Gelbfärbung der Haut, spec. bei der Patientin der Conjunctivalschleimhaut hervorzurufen. Andere Stoffe wurden weder im Harn noch im Blutserum gefunden.

Zoege spricht über Axendrehung des Coecums mit Demonstration der Entwicklung des Darmes an Tafeln.

Vortragender giebt zunächst die Krankengeschichten von 3 Fällen und erörtert dann die Frage, wie eine solche Beweglichkeit des Coecums zu Stande kommen kann. Nach einer kurzen Darstellung der Entwicklung des Darmes mit Demonstration an erläuternden Tafeln, kommt er auf das von Gruber aufgefundene Mesenterium ileo-coeci commune zu sprechen, dessen Entstehung Tornton als erster erklärte: er wies darauf hin, dass das Mesenterium nicht als Duplicatur des Peritoneums, sondern als Bindegewebsplatten, welche die ernährenden Gefässe dem Darmrohr zuführen, aufzufassen sei. Ferner zeigte er, dass durch die sich vor dem Colonrahmen entwickelnden Dünndarmschlingen ersterer an die hintere Leibeswand gedrängt wird, die hintere Fläche des Mesocolon sodann mit der Wand der Leibeshöhle verwächst. Die Verklebung erfolgt von links nach rechts, bleibt sie unvollständig, so resultirt ein Mesenterium ileo-coeci commune, das also eine Entwickelungshemmung darstellt. Dasselbe ist sehr beweglich und dehnbar. Redner erinnert an die Arbeiten Gruber's und Dreike's, der auf Anregen Zoeges in Moskau Kinderleichen daraufhin untersucht hat und unter 100 Leichen 23 mal ein gemeinsames Mesenterium ilco-coeci commune fand. Es ist eigentlich wunderbar, dass nicht häufiger derartige Drehungen vorkommen, in der Literatur sind nur wenige Fälle von Drehung des Coecums um die Mesenterialaxe veröffentlicht worden. — Am schwierigsten zu beantworten ist die Frage, wie es zur Drehung kommt. In 2 der hier referirten Fälle ist anamnestisch ein Trauma beschuldigt worden, speciell im letzten Fall eine charakteristische Bewegung (Ausholen beim Lawn-Tennisspiel, um einen hoch herüberfliegenden Ball noch einzufangen). Bei heftiger Anspannung der Bauchpresse und gleichzeitigen Heben des Armes kann also ein Darmtheil nach oben geschlagen werden, in diesem Fall das in Folge des Mesenteriums ileo-coeci commune leicht bewegliche Coecum. Ein primum movens anderer Art lässt sich nicht auffinden und wir sind bei diesen Drehungen um die Mesenterialaxe gezwungen auf das mechanische Moment, das Trauma zu recurriren. — Sehr angesprochen war besonders im letzten Fall das v. Wahl'sche Symptom der geblähten Darmschlinge. Die Blähung der abgeknickten Darmpartie war so hochgradig, dass die Leber vollständig nach links verdrängt war, der Rippenbogen sichtlich nach oben. — Die Therapie kann natürlich nur eine operative sein. Vortragender empfiehlt, auch wenn die Drehung sich reponiren liesse, die Resection der geblähten Schlinge, da durch dieselbe eine grosse Menge septischen Materiales aus der Peritonealhöhle entfernt werde. Zu vermeiden ist die Anlage eines Anus praeternaturalis, obgleich immer Fälle vorkommen werden, in denen man doch dazu greifen muss. Zunächst möglichst rasche Entfernung des in seiner Vitalität gefährdeten Darmstückes, dann schneller Schluss der zu- und abführenden Schenkel durch Blindsacknaht. Nun kann man mit Musse die Enteroanastomose anlegen. Der Vortheil der von Braun vorgeschlagenen Blindsacknaht der zu- und abführenden Schenkel liegt in der möglichst raschen Entfernung des septisches Material enthaltenden Darmtheiles und in der schnellen Blutstillung. Wichtig ist ferner die gangränöse Darmschlinge nach Möglichkeit nicht mit noch gesundem Peritoneum in Berührung zu bringen. Das geschieht aber, wenn man einen grossen Schnitt anlegt und den Darm auspackt, wie es Kymmel macht und es v. Wahl und Vortragender früher auch thaten. Von Mikulicz geht der Vorschlag aus, die abgeknickte Schlinge und die angrenzenden Dünndarmschlingen an der Berührung mit gesundem Bauchfell zu verhindern. Vortragender hat die Erfahrung gemacht, dass die Fälle, wo sich das durchführen lässt, meist günstig verliefen, während diejenigen, wo es unumgänglich nöthig war, den Darm auszupacken einen relativ schlechteren Ausgang nahmen.

Zum Schluss Demonstration einer Kinderleiche mit Mesenterium ileo-coeci commune.

Discussion.

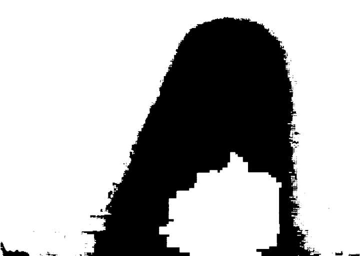
Brackel: die Häufigkeit des Vorkommens eines Mesenteriums ileo-coeci commune wird auch durch die Statistik der Appendicitisoperationen klargelegt. Sonnenburg fand in einem Fall den entzündlich veränderten Wurmfortsatz links oben unter dem Rippenbogen. Die dort sich entwickelnde Appendicitis wurde zuerst als Milzabscess diagnosticirt.

Hartge: Karewski in Berlin macht bei der Operation in jedem Fall einen Querschnitt auf den typischen, da die Fälle, wo das Coecum weit links verlagert gefunden wird, so häufig sind.

Vermischtes.

— Der Korpsarzt des 11. Armeekorps w. Staatsrath Dr. med. Kuleschow ist zum Korpsarzt des 9. Armeekorps, der Oberarzt des Abastuman'schen Militairhospitals Staatsrath Dr. med. Gopadse zum Direktor der Abastumaner Mineralbäder ernannt.

— Die w. Staatsräthe: Dr. Tschestneischi-Borischewski, Oberarzt des Grodno'schen Lokallazareths und Dr. Minkewitsch, Gehilfe des Bezirks-Militairmedicinal-



inspectors des Amurgebietes sind auf eigenes Ersuchen verabschiedet.

— Prof. E. Geibel (Pharmakolog) in Kiew hat nach Ausdienen der Jahre seinen Abschied genommen. Seine Stelle vertritt der Privatdocent der Physiologie J. Laudenbach.

— Zum Oberarzt des Hospitals bei der St. Eugenie-Gemeinschaft ist der Privatdocent der M. M. Akademie Dr. M. Wolkow ernannt worden.

— Zum Vorsitzenden der Examinationscomission bei der medicinischen Fakultät in Kiew wurde der Dekan Prof. M. Tichomirow, zu Mitgliedern Prof. Th. Bornhaupt, P. Morosow, N. Obolenski, W. Tschirkow und S. Tschirjew ernannt.

— Verstorben: 1) In Moskau am 22. Juni Dr. M. A. Sokolow, welcher seit 1887 die ärztliche Praxis ausübte. 2) Den 7. Juni in Rüljsk (Kursker Gouv.) Dr. N. L. Popel am Abdominaltyphus. 3) Prof. F. A. v. Zenker am 13. (1). Juni in Mecklenburg, der langjährige Lehrer der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie der Universität Erlangen. Er war 1825 in Dresden geboren, studirte in Leipzig und Heidelberg und wurde 1848 Assistent am Georgenhospital in Leipzig. 1851 übernahm er die Prosectur am Stadtkrankenhaus in Dresden und wurde 1862 Prof. in Erlangen, wo er bis zu seinem Rücktritt 1895 verblieb. In weiteren Kreisen ist er hauptsächlich bekannt geworden durch seine im Jahre 1860 erschienene Arbeit «über die Trichinenkrankheit des Menschen». Im Jahre 1864 schrieb Zenker die Abhandlung über «Veränderungen der willkürlichen Muskulatur im Typhus» (wachsartige Degeneration). Darauf folgte (1866) die Untersuchung «über die Staubinhalationskrankheiten der Menschen» (Siderosis der Lungen). Seit 1865 ist Z. gemeinsam mit Ziemssen der Herausgeber des «Deutschen Archiv f. klin. Medicin» gewesen.

— Auf dem «Deutschen Aerztetag» in Wiesbaden (28. und 29. Juni) fasste Prof. Penzoldt (Erlangen) seine Ansichten über die Zweckmässigkeit der Zulassung der Frauen zum Studium der Medicin in folgenden Thesen zusammen: I. Wenn vorläufig die Zulassung zum ärztlichen Beruf auf Grund der gleichen Bedingungen wie beim Manne nur gestattet, aber nicht erleichtert wird, so ist zunächst kaum ein stärkerer Zudrang der Frauen und deshalb weder besonderer Nutzen noch Schaden zu erwarten. II. Wenn aber auf Grund weiterer Zugeständnisse und bisher nicht übersehbarer Verhältnisse ein grösserer Zudrang eintreten sollte, so wird 1) kein erheblicher Nutzen für die Kranken, 2) mehr Schaden als Nutzen für die Frauen selbst, 3) mindestens kein Nutzen für die deutschen Hochschulen und die Wissenschaft, 4) eine Minderung des ärztlichen Ansehens, 5) keine Förderung des allgemeinen Wohles zu erwarten sein. Aus diesen Gründen ist es nicht zweckmässig, gerade mit der Medicin den ersten Versuch einer Zulassung der Frauen zu den gelehrten Berufsarten zu machen.

An den mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrag Penzoldt's knüpfte sich eine längere Discussion, nach der noch folgende Zusatzanträge angenommen wurden: 1) Die Vorbildung der Frauen muss die gleiche sein wie diejenige der Männer. 2) Die Ausbildung und Prüfung der Frauen muss sich in derselben Weise vollziehen wie diejenige der Männer. 3) Insbesondere dürfen die Frauen nicht unter Aussserachtlassung der allgemeinen ärztlichen Grundlage nur oder wesentlich zu einzelnen Zweigen der Medicin zugelassen werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4 Juli. d. J. 7396 (68 wen. als in d. Vorw.), darunter 532 Typhus — (26 wen), 891 Syphilis — (13 mehr), 118 Scharlach — (1 wen.) 138 Diphtherie — (3 wen.), 42 Masern — (13 wen), und 20 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. bis Juni 4. Juli 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
359	265	624	212	64	90	17	7	20	46	36	43	31	37	14	3	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 11, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 64, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 10. Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 144, Todtgeborene 35.

Дозв. ценз. Спб. 11 Іюля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, 18. (30.) Juli 1898

Inhalt:

Die ärztliche Behandlung der Arbeiter in Deutschland.

Von

Dr. med. Otto Thilo.

Schon seit mehr als hundert Jahren bestehen in Deutschland Arbeitervereinigungen, welche den Zweck haben, erkrankten Arbeitern Unterstützungen und ärztliche Behandlung zu gewähren.

Eine der ältesten dieser Vereinigungen ist wohl der allgemeine Knappschaftsverein, der durch Erlass Friedrich des Grossen vom 16. Mai 1767 in's Leben gerufen wurde. Er hat den Zweck, die gegenseitige Unterstützung seiner Mitglieder in kranken und alten Tagen, sowie die Begründung und Unterhaltung gemeinnütziger Einrichtungen zu fördern. Diesen Zweck hat er also schon 130 Jahre lang erfüllt.

Nach seinen jetzigen Statuten erhalten ständige Mitglieder ein Krankengeld für die Dauer von 24 Wochen, nicht ständige nur ein Krankengeld für 13 Wochen. Diese 13 Wochen sind auch in anderen Vereinen als Unterstützungszeit für Krankengelder festgesetzt. Nach dieser Zeit hatten bis zum Jahre 1884 im Betriebe geschädigte Arbeiter selbst für sich zu sorgen. Natürlich gelangten infolgedessen viele von ihnen in das grösste Elend, da ja die Arbeiter meistens nicht über grössere Ersparnisse verfügten.

Um dieses allgemeine Elend zu mildern erliess daher Kaiser Wilhelm I. im Jahre 1884 das Unfallversicherungsgesetz, welches die Arbeitgeber verpflichtete, nach dieser Zeit, Arbeiter, die im Betriebe einen Unfall erlitten hatten, zu entschädigen.

Es sind daher jetzt diese Verhältnisse folgendermassen geordnet.

In den ersten 13 Wochen nach dem Unfalle ist es dem Arbeiter überlassen, für seine Erhaltung und ärztliche Behandlung zu sorgen, nach Ablauf der 13 Wochen sind die Arbeitgeber hierzu verpflichtet.

Die ersten 13 Wochen führen den Namen Carenzzeit. Für diese Zeit besitzen viele Arbeiter Krankenkassen, welche Krankengelder auszahlen, aber eine grosse Anzahl von Arbeitern, namentlich auf dem Lande, verfügt nicht über solche Kassen. Dr. Thiem, Redacteur der Monatsschrift für Unfallheilkunde äussert sich in seiner Zeitschrift (1897 Seite 344) hierüber folgendermassen: «Es muss immer wieder betont werden, dass von 18 Millionen Arbeitern nur 7 Millionen dem Kassenversicherungszwange unterworfen sind, 11 Millionen müssen innerhalb der 13-wöchentlichen Carenzzeit für sich selber sorgen».

Wir sehen also, dass Arbeiter, welche im Betriebe einen Unfall erlitten haben, nur 13 Wochen für sich selber sorgen müssen, für die ganze Folgezeit, die ja oft 20 Jahre und mehr dauern kann, muss der Arbeitgeber Unterstützungen zahlen. Unwillkürlich fragt man da: Warum können nicht Arbeiter und Arbeitgeber Vereinigungen bilden, um gemeinsam erwerbsunfähige Genossen zu unterstützen. Wenn von den 18 Millionen Arbeitern jeder nur einige Mark jährlich zahlt, so würde ohne Schwierigkeiten ein Kapital sich ansammeln, welches die Lasten der Arbeitgeber erleichtern könnte. Sind denn wirklich alle Arbeitgeber so unendlich viel reicher als die Arbeiter, dass sie jahrelang Summen auszahlen können, welche die vereinigten Arbeiter nur 13 Wochen tragen können?

Leider ist die Ansicht allerdings recht allgemein verbreitet, dass namentlich Fabrikherren im Vergleich zum Arbeiter unermesslich reich seien, obgleich doch die grossen Schwierigkeiten, unter denen viele Betriebe zu leiden haben oft nur zu deutlich in Bankerotten zu Tage treten. Wir sehen also, das Unfallversicherungsgesetz bürdete den Arbeitgebern schwere Lasten auf; denn es gab den Arbeitern die Möglichkeit, ohne grosse Schwierigkeiten hohe Entschädigungssummen für Schädigungen zu erlangen, die sie im Betriebe erlitten hatten. Als selbstverständlihh erscheint es, dass der Arbeiter die günstige Gelegenheit nicht unbenutzt liess. Wie hoch diese Entschädigungssummen waren und wie leicht sie oft gewährt wurden, erkennt man beim Lesen

der Entscheidungen des deutschen Reichsversicherungsamtes.

Entscheidung vom 3. Februar 1891.

Benutzt ein Arbeiter bei einem Gange, der sich als eine von ihm bei Ausübung seines Dienstes in dem Betriebe und für diesen vollzogene Thätigkeit darstellt, eine Fahrgelegenheit, um sich nach der Arbeitsstätte befördern zu lassen, und verunglückt hierbei, so erleidet er einen Betriebsunfall.

Entscheidung vom 16. Februar 1891.

Die Gewährung einer Rente ist nicht ausgeschlossen, wenn Fahrlässigkeit des Verletzten den Betriebsunfall herbeigeführt hat.

Entscheidung vom 13. Juli 1888.

Ein Schlaganfall, den ein Arbeiter sich dadurch zuzieht, dass er, nachdem er sich bei seiner Berufsthätigkeit erhitzt, plötzlich einer raschen Abkühlung aussetzt, ist als Betriebsunfall anzusehen.

Entscheidung vom 6. März 1888.

Bei Gelegenheit einer Schlägerei im Maschinenraume kam ein Arbeiter einer Dampfmaschine zu nahe und wurde dadurch verletzt. Ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Betriebe ist darin zu finden, dass der Verletzte beim Hinfallen zwischen die Maschine gerieth.

Wenn man derartige Entscheidungen liest, so muss man zugeben, dass in Deutschland der Begriff «Unfall» sehr weit gefasst wird und dass man bei vielen Entscheidungen einfach das Wort Unfall streichen sollte. Alle derartige Entscheidungen würden dann einfacher und richtiger lauten: «Wenn ein Arbeiter im Betriebe erkrankt, so ist er vom Arbeitgeber zu entschädigen». Wie hoch waren nun die Entschädigungen, welche in derartigen Fällen gezahlt wurden?

Auch auf diese Frage antworten die Entscheidungen des deutschen Reichsversicherungsamtes.

Ein Arbeiter verletzte sich den Mittelfinger. Die Verletzung heilte aus, aber es hinterblieb eine Steifheit des Mittelfingers, so dass dieser steife Finger das vollständige Schliessen der Hand verhinderte. Das Reichsversicherungsamt entschied am 17. Januar 1888: Der Arbeiter hat 20% an seiner Erwerbsfähigkeit eingebüsst.

Hatte also der Arbeiter bisher 800 Mark jährlich verdient, so mussten ihm von nun an jährlich 160 Mark lebenslänglich ausgezahlt werden.

Diese Entscheidung steht nicht vereinzelt da, im Gegentheil, alle Entscheidungen sind dieser ähnlich; z. B. Verlust eines Ringfingers 15%, eines kleinen Fingers 10%, Verlust der Hand 66%, Verlust des Daumens 40 bis 70% (Kaufmann, Handbuch der Unfallverletzungen).

Kurz, es besteht eine Art Taxe für derartige Verletzungen. Diese Taxe ist bildlich dargestellt. (München, 1897, Verlagsbuchhandlung von Seiz & Schauer). Auf dieser Darstellung sieht man eine menschliche Figur mit gespreizten Händen. An jedem Finger ist eine Zahl vermerkt, welche in Procenten den Verlust der Erwerbsfähigkeit angiebt.

Selbstverständlich wird ja diese Taxe in den einzelnen Fällen schwanken, aber im Allgemeinen gelten diese Entscheidungen als Richtschnur und erben sich fort, wie «Gesetz und Rechte sich forterben».

Verständlich ist es daher, dass die Arbeitgeber der verschiedenen Berufsarten sich vereinigten, um durch gegenseitige Unterstützungen sich die Zahlung der hohen Entschädigungssummen zu erleichtern. So entstanden die sogenannten Berufsgenossenschaften, 31 an der Zahl. Diese sannen natürlich auf Mittel, die hohen Rentenzahlungen an die Arbeiter herabzusetzen. Das ist einigen auch gelungen. Hierüber finde ich Angaben in der «Monatsschrift für Unfallheilkunde» 1898, Nr 2.

Die Unfallbelastung der einzelnen Industriegruppen ist hier zusammengestellt. «Ein ziemlich richtiges Bild für die Unfallbelastung der Berufsgenossenschaften gewinnt man durch die Gegenüberstellung der gezahlten Entschädigungen und der nachgewiesenen Löhne. Dass hier ganz ausserordentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgenossenschaften bestehen, geht hervor aus dem Vergleich der Tabaks-Berufsgenossenschaft, welche die geringste Unfallbelastung, nämlich 0,75 Mark auf 1000 Löhne, aufweist, mit der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft, welche mit 18,70 Mark Entschädigungen auf 1000 Löhne gegenwärtig am schlechtesten steht. Verbessert hat sich die Knappschafts-Berufsgenossenschaft. Diese nahm früher die erste Stelle unter den Belasteten ein, jetzt ist sie auf die 5. Stelle gerückt, die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft von der 2. auf die 10. Stelle, die Papiermacher-Berufsgenossenschaft von der 7. auf die 14., die Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von der 5. auf die 21. Stelle. Diese Verbesserungen wurden erreicht durch: 1) Verbesserung des Betriebes, 2) Schutzmassregeln, 3) ärztliche Behandlung der Geschädigten».

Für den letzten Zweck wurde viel gethan. «27 Berufsgenossenschaften von den 31 in Deutschland bestehenden haben im Jahre 1897 etwa 4300 Lungenkranken ihre Fürsorge zugewandt. Die Kosten betrugen, einschliesslich des von 6 Kasseneinrichtungen für 180 Lungenkranke gemachten Aufwandes, 1,051,000 Mark. Aus Anstaltsmitteln wurden für Errichtung von Volksheilstätten-Vereinen 1,300,000 Mark aufgewendet und für 1898 sind für gleiche Zwecke 3—4 Millionen Mark bereit gestellt. Wenn wir sehen, dass im Laufe der letzten 50 Jahre in England, wo seit 1814 Lungenheilstätten in steigendem Umfange im Betriebe sind, die Ausdehnung der Lungenschwindsucht um die Hälfte abgenommen hat, wogegen die Krankheit in Frankreich während desselben Zeitraumes um reichlich ein Viertel zunahm, so dürfen wir uns freuen, dass, was in Folge des kräftigen Rückhalts, welchen unsere Wohlthätigkeitsvereine an den Versicherungsanstalten finden, anscheinend in weniger als zehn Jahren erreicht worden, zum grössten Segen für die gesammte Volkswohlfahrt wird. Nichts spricht mehr für die gesunde innere Lebenskraft, welche unserer Arbeitsversicherung inne wohnt, als gerade dies, dass sie auf Gebieten, an welche der Gesetzgeber kaum oder gar nicht dachte, eine so kräftige und segenreiche Wirksamkeit zu entfalten vermag». («Deutsche volkswirthschaftliche Corresp.»).

Aber noch in ganz anderer Weise wurde von den Berufsgenossenschaften die Thätigkeit der Aerzte in Anspruch genommen.

Bei jeder Forderung um Entschädigung, die ein Arbeiter stellte, handelte es sich darum, festzustellen, ob auch wirklich eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit stattgefunden hatte. Es konnte ja der Arbeiter die Erwerbsbeschränkung blos vortäuschen. Er konnte ja ein «Simulant» sein. Zur Entscheidung dieser Frage wurden natürlich Aerzte herbeigezogen, die durch Beanlagung und Erfahrung hierzu als ganz besonders geeignet erschienen. Die Findigkeit eines solchen Aerztes der Unfallversicherungen möge folgender Fall veranschaulichen.

Dr. Blasius, Vertrauensarzt der vereinigten Berliner Schiedsgerichte, veröffentlicht in der «Monatsschrift für Unfallheilkunde» einen Fall, der ihm Gelegenheit bot, einen «Simulanten» mit Hilfe der Photographie zu entlarven.

«Der Betreffende, Schuhmacher und Leichenträger, war, auf dem Vorderperron eines Pferdebahnwagens



stehend, auf eine ihm nicht mehr erinnerliche Weise am Mittelfinger verletzt worden. Auf Grund des Haftpflichtgesetzes verlangte er von der Pferdebahngesellschaft die einmalige Zahlung eines Betrages von 3000 Mark oder eine monatliche Rente von 60 Mark, da er nicht mehr Schuhmacher sein könne, denn sein Mittelfinger der rechten Hand erreiche beim Schluss der Faust die Handfläche nicht, sondern bleibe 2 cm. von derselben entfernt. Hierdurch sei er verhindert, das Schustermesser zu regieren. Da alle Gelenke beweglich, die Musculatur der Hand nicht abgemagert war und die auf der inneren Seite des Fingers befindliche kleine Narbe die Bewegung des Fingers nicht hindern konnte, versuchte ich es mit der Photographie, welche mir schon öfter in solchen Fällen geholfen. Denn während die Betreffenden mit dem Photographiren beschäftigt sind, vergessen sie häufig das Simuliren. Und in der That gelang es mir, ihn abzubilden, wie er ein Streichholz mit dem betreffenden Mittelfinger festhielt. Sicher ein Beweis, dass er den Finger mehr als bis 2 cm. der Handfläche nähern konnte. — Ich möchte noch Eines bei dieser Photographie erwähnen. Man muss nämlich in solchen Fällen das Gesicht des Betreffenden mit aufnehmen, um die Identität desselben nachzuweisen. In dem vorliegenden Falle konnte dies unterbleiben, weil eine Narbe an dem Daumen derselben Hand, welche auf der Photographie gleichfalls sichtbar ist, die Identität nachwies. Sonst kann leicht der Kläger behaupten, die Hand gehöre nicht ihm, sondern sei die eines Anderen».

Dr. Blasius hat noch einige Fälle veröffentlicht, in denen die Photographie bei der Beurtheilung von Kranken benutzt wurde. Auch die Röntgen-Strahlen dienten in einigen Fällen zur Entlarvung von Simulanten. Dr. Dumstrey in Leipzig hat drei solcher Fälle veröffentlicht.

In vielen Fällen waren einmalige Untersuchungen nicht ausreichend, um die Erwerbsfähigkeit eines Unfallkranken festzustellen. Es war hierzu eine längere Beobachtungszeit in einer geschlossenen Anstalt erforderlich, und so entstand denn bald nach Einführung des Unfallgesetzes in Deutschland eine grosse Zahl von Anstalten für Kranke der Unfallversicherungen. Diese sollten zur Beobachtung und Beurtheilung der Unfallkranken dienen, sie sollten aber auch zugleich dazu benutzt werden, die Folgen der ausgeheilten Verletzungen zu beseitigen. In ihnen sollten durch Massage, Uebungen, Elektricität, Bäder u. s. w. die geschwächten und steifen Gliedmassen der Verletzten wieder gebrauchsfähig werden.

Heilanstalten, in denen hauptsächlich die Massage und Uebungen zur Verwendung gelangen, erschienen um so nothwendiger, als in den Hospitälern diese Heilmittel nur wenig benutzt werden können, da eben die Hospitäler anderen Zwecken dienen. Sie sind für schwere, bettlägerige Kranke der inneren Medicin und für operative Fälle eingerichtet.

Diese Heilanstalten für Kranke der Unfallversicherungen zeigten sehr bald ihren grossen Nutzen. Einige Zahlenangaben mögen dieses nachweisen.

259 Verletzte fanden im Jahre 1891 Aufnahme in der «Heimstätte für Verletzte» zu Niederschönhausen bei Berlin. Man hatte diese aus den Hospitälern nach Heilung ihrer Wunden entlassen, weil die Hospitäler erklärten, die Arbeitsfähigkeit dieser Verletzten könne in den Hospitälern nicht mehr verbessert werden. In Folge dessen hatten diese 259 Kranken schon hohe Summen als Unterstützungen erhalten. Durch Heilgymnastik, Massage, elektrische Behandlung u. s. w. wurde in einigen Monaten der dritte Theil dieser 259 Kranken in der Heimstätte für Verletzte so arbeitsfähig, dass sie fast gar keine Unterstützung mehr beanspruchten. Auch von den übrigen zwei Dritteln der 259 Verletzten erlangte ein grosser Theil die halbe bis drei-viertel Arbeitskraft wieder.

Eine andere Zusammenstellung von Erfolgen der Heilanstalten für Unfallkranke finde ich in der «Monatsschrift für Unfallheilkunde». In dieser Zusammenstellung hat der Oberbeamte einer Unfallabtheilung Georg Haag rechnerisch aus einem grossen Material den Gewinn bestimmt, welcher erwachsen ist aus der Nachbehandlung von 100 Verletzten in den Heilanstalten der Unfallversicherungen. Bei diesen 100 Verletzten war die Erwerbsfähigkeit in hohem Grade herabgesetzt. Die Herabsetzung betrug durchschnittlich bei jedem Kranken 70%. Es handelte sich also um Schwerverletzte, die zum Theil schon hohe Entschädigungsrenten bezogen hatten.

Trotzdem gelang es in den Heilanstalten, die 70% Erwerbsbeschränkung bei jedem der 100 Arbeiter durchschnittlich um 32% herabzusetzen. Man brauchte also jetzt jedem Arbeiter durchschnittlich 32% weniger Rente auszuzahlen als vorher. Nach den Erfahrungen und Berechnungen der Unfallversicherungen entsprechen 32% lebenslängliche Rente für einen Arbeiter einem Rentencapital von 241,826 Mark.

Für 100 Arbeiter also ist ein Rentencapital von 241,826 Mark erforderlich. Zieht man von dieser Summe das Geld ab, welches zur Behandlung der Kranken in der Anstalt erforderlich war, so bleibt immer noch ein Gewinn von 227,702 Mark an Rentecapital.

Aehnliche Ergebnisse erweist eine Zusammenstellung von Georg Haag für das Jahr 1897. Die Nachbehandlung von 216 Kranken, die aus Hospitälern entlassen waren, kostete 31,734,70 Mark. Durch die Behandlung wurde ein Kapital von 707,917,29 Mark erspart, so dass ein Reingewinn von 676,182,59 Mark erzielt wurde. («Monatsschrift f. Unfallheilkunde« 1898. April).

Aus diesen Zusammenstellungen geht hervor, dass durch die einmaligen, nicht sehr bedeutenden Kosten der Behandlung die Ausgaben der Unterstützungskassen bedeutend herabgesetzt wurden. Ausserdem erlangte eine grosse Anzahl von Familienvätern ihre Erwerbsfähigkeit durch die Heilanstalten der Unfallversicherungen wieder. Ohne die Behandlung in denselben wären wohl die meisten von ihnen ihr Leben lang sich und Anderen zur Last gefallen, denn in den Hospitälern hatte man sie ja für unheilbare Krüppel erklärt.

(Schluss folgt).

Referate.

C. Baron: Zur Frage der Möller (Barlow)'schen Krankheit. (Münchener med. W. Nr. 18, 19).

Verf. giebt im Auszug die Krankengeschichten von 6 Kindern, die an der Möller'schen Kranhheit litten und von ihm behandelt wurden. Im Allgemeinen entsprechen Symptome und Verlauf dem bereits durch frühere Schilderungen bekannten Krankheitsbilde. Verf. geht dann auf einige specielle Punkte über, die seiner Meinung nach besonderes Interesse verdienen. Was zunächst den Beginn der Erkrankung betrifft, so war derselbe in allen Fällen ein ziemlich akuter; in jedem Falle waren auch Temperatursteigerungen, wenn auch nicht excessive, dabei aufgetreten. Die Kinder (von 8 Mon. bis 1 Jahr 10 Mon.) hatten sich bisher ziemlich gut entwickelt, nur waren sie etwas anaemisch und boten die Zeichen von Rachitis leichten oder mittleren Grades dar. Die auscultatorische und percutorische Untersuchung ergab abgesehn von den bei Racnitikern so häufigen Bronchialkatarrhen keine Besonderheiten. In allen Fällen war eine deutliche Vergrösserung der Milz nachweisbar, die bei verschiedenen, lange genug beobachteten Fällen mit Heilung der Krankheit schwand. Der Urin war in einem Falle eiweisshaltig, während in den anderen leider die Untersuchung verabsäumt wurde oder nicht ausgeführt werden konnte. Das Zahnfleisch war mehr oder weniger ent-

zündet und nur in einem Falle nicht verändert. Von den subperiostalen Blutungen waren bei 2 Kindern ausser dem Beine auch die oberen Extremitäten befallen. Die Dauer der Erkrankung schwankte zwischen 6 bis 8 Wochen und zeigte keinen typischen Verlauf.

Was nun die letzte Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit anbetrifft, so gaben die Anamnesen keine Anhaltspunkte, es konnten keine besonderen Gelegenheitsursachen festgestellt werden und die Eltern wurden überhaupt nur dadurch auf das Leiden aufmerksam, dass die Kinder beim Aufheben und Anfassen schrieen und frühere Gehversuche wieder eingestellt hatten. Auch frühere ernstere Erkrankungen, die etwa eine Disposition für den Ausbruch der Krankheit hätten abgeben können, fehlten. Hinsichtlich der Heredität erschienen die Kinder nicht belastet.

Was nun die Frage nach der Natur der Erkrankung anlangt, so glaubt Verf. in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren, dass es sich nicht, wie Möller zuerst annahm, um acute Rachitis handeln kann, deren Existenzberechtigung überhaupt in letzter Zeit angezweifelt ist. Ebensowenig spricht für kindlichen Scorbut, als welchen Cheadle und Barlow das Krankheitsbild auffassten. In den Fällen des Verf. waren die Kinder weder mit künstlichen Nährpräparaten noch sterilisirter Milch, sondern in durchaus richtiger Weise ernährt worden, wie das auch Andere beobachtet haben. Einen höheren Grad von Wahrscheinlichkeit scheint dem Verf. die auch von Baginsky ausgesprochene Ansicht für sich zu haben, dass kaum etwas Anderes als ein specifisches Agens als die Ursache der Erkrankung angenommen werden kann. Für die Berechtigung der Annahme einer Infection, von welcher anaemische, rachitische oder sonst geschwächte Kinder besonders leicht befallen werden, sprechen noch eine Anzahl von Momenten. Zunächst die anfängliche Temperatursteigerung, dann die Milzschwellung, die nach Ablauf der Erscheinungen verschwindet, dann der vielfach nachgewiesene Eiweissgehalt des Urins. Vielleicht verleiht eine erhöhte Disposition zur Erkrankung auch die häufig bei Rachitikern und Chlorotischen nachgewiesene Verminderung des Salzsäuregehalts des Magensaftes. Mit der Annahme einer Infectionskrankheit würden aber auch die verschiedenen therapeutischen Erfolge in Einklang zu bringen sein, so z. B. die von Sontagh beobachtete günstige Wirkung der Darreichung von Salol. Ferner erklärt sich unschwer durch jene Hypothese der unzweifelhaft günstige Einfluss, den man durch Verabreichung von an Pflanzensäuren reichen Fruchtsäften, wie z. B. Citronen-, Orangensaft auf den Krankheitsverlauf ausübt. Auch die von Northrup empfohlene Behandlung mit Ferrum citricum und Acidum citricum würde wohl auf dieselbe Weise zu begründen sein. Weyert.

J. Grünfeld: Die Behandlung von Darmcatarrhen mit Enterorose. (Wiener med. Blätter Nr. 6).

Die Enterorose stellt ein feines, hellgelbes geruchloses Pulver dar, leicht salzig und nach Malz schmeckend und lässt sich im Wasser leicht aufschwemmen. Sie wird aus Pflanzenstoffen, — Weizen und Hafermehl hergestellt. Durch Einwirkung von Diastase-Malzextract auf diese Mehle, sowie durch hohe Hitzegrade wird die Ueberführung des unlöslichen Amylum in lösliches Dextrin befördert. Es wird noch eine Fleischsolution den vegetabilischen Bestandtheilen zugefügt. Als Zusätze sind Salze und gute Naturbutter gemacht worden Das Ganze wird einem Backprocesse unterworfen. Die Enterorose enthält 6,7% Wasser, 17,9% Eiweissstoffe, 11% Fett, 59,5% Kohlehydrate, 0,9% Cellulose, 3,8% Nährsalze. Verabreicht wird das Pulver bei Erwachsenen je nach dem Grade der Diarrhoe ein — dreistündlich ein Esslöffel, bei Kindern über 2 Jahren ein Kinderlöffel, unter 2 Jahren ein Theelöffel. Grünfeld hat 25 Patienten mit dieser Substanz behandelt, darunter 3 Kinder. Von 13 Fällen acuten Darmcatarrhes bei Erwachsenen, trat bei elf Patienten nach Gebrauch von durchschnittlich 6—8 Esslöffel Enterorose ein Nachlassen der Beschwerden ein. Bei einer typischen Wurstvergiftung erzielte er ebenfalls einen raschen und günstigen Erfolg, es wurden Wein-Enterorosenklysmen verabfolgt. Als recht wirksam erwies sich das Mittel bei einem Falle von Enteritis membranacea, bei 2 Fällen von chronischer, catarrhalischer Enteritis, bei einem Falle von Periproctitis mit starken Durchfällen. Nach den Erfahrungen des Autors soll von allen bisher bekannten Nährpräparaten die Enterorose das einzige sein, welches bei Vorhandensein von Enteritis überhaupt in Frage kommen darf, da sie, in etwas grösserer Quantität genommen, ausnahmslos Diarrhoe erzeugen; dabei sind ja styptisch wirkende Agentien in der Enterorose nicht vorhanden. Abelmann.

Chantemesse (Paris). Das antitoxische Serum bei Abdominalthyphus. IX internat. Congress für Hygiene zu Madrid 1898. Therapie der Gegenwart. Juni.

Verfasser stellte ein lösliches Toxin dar, indem er als Nährboden eine Lösung von Milzpepton benutzt, das in der Weise bereitet wird, dass das Organ zunächst im Wasser, welches mit Pepsin eines Schweinemagens angesäuert, digerirt wird. Der sterilisirte und neutralisirte Nährboden wird mit einem sehr virulenten Typhusbacillus beschickt und nach 48 Stunden erhält man eine sehr reichliche, geruchlose Cultur. Die Toxinbildung erreicht ihr Maximum nach 5—6 Tagen. Gegen dieses Toxin erwiesen sich namentlich Pferde ausserordentlich empfindlich, weshalb Autor zur Darstellung des antitoxischen Serums sich derselben bedient; manche Pferde konnten zwei bis drei Jahre hindurch alle 8—14 Tage neue Injection von Toxin erhalten, ohne eine sichere Immunität zu zeigen; bei jeder neuen Injection reagirte das Thier sehr heftig, so dass die Toxindosen nur sehr langsam gesteigert werden konnten. Im Blute des Pferdes bleibt das Toxin sehr lange, ohne verändert zu werden. Zwei Monate nach der letzten intravenösen Injection ist das Blut des Pferdes noch leicht toxisch; man muss daher noch länger warten, bis es kein Toxin, sondern mehr Antitoxin enthält. Das Antitoxin, mit dem Chantemesse seine Versuche anstellte, stammt von einem Pferde, das 2 Jahre lang immunisirt wurde und das während dieser Zeit 6 Liter Toxin erhalten hat. Das Serum dieses Pferdes besass gegen die Typhusinjection sowohl Schutz — als auch Heilwirkung. Was die Schutzwirkung anlangt, so vertrugen Kaninchen, denen man $^1/_{20}$—$^1/_{30}$ Cubikcentimeter einspritzte, eine Toxinmenge ohne jeden Schaden, welche die Controlthiere unfehlbar tödtet. Am deutlichsten ergeht der Werth der Schutzimpfung gegen die Infection daraus, dass bei den geimpften Thieren die nach der Schutzimpfung eingespritzten Typhusbacillen schon nach einigen Stunden in Phagocyten eingeschlossen und zum Theil in Zerfall begriffen sind, während bei den nicht geimpften Thieren, die eingespritzten Bacillen in derselben Zeit frei und vollständig beweglich sind. Um die antitoxische Wirkung des Serums nachzuweisen, wurde einer Reihe von Meerschweinchen eine Toxindosis eingespritzt, die in 20—24 Stunden zum Tode führt. Ein Theil davon bekam dann stündlich eine Dosis von $^1/_2$—4 Ccm antitoxischen Serums. Die nicht behandelten Thiere gingen binnen 24 Stunden zu Grunde, dagegen blieben die Meerschweinchen, die selbst eine minimale Dosis des antitoxischen Serums erhalten haben am Leben. Auf Grund seiner eingehenden Studien prüfte dann Chantemesse sein antitoxisches Serum bei typhuskranken Menschen, doch sind seine Beobachtungen noch nicht abgeschlossen. So viel konnte Autor bestätigen, dass das Serum bei Typhus nach Art eines antitoxischen Mittels wirkt, indem es das Fieber herabsetzt, die nervösen Erscheinungen unterdrückt und die Krankheitsdauer abkürzt. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Mackenrodt: Das Studium der Frauenheilkunde, ihre Begrenzung innerhalb der allgemeinen Medicin. Verlag S. Karger in Berlin 1898.

Kaum ein anderes Fach ist so sehr auf der «breiten Basis der allgemeinen Medicin aufgebaut, wie die Gynäcologie» — so drückt Verf. sich in seinen einleitenden Worten aus und führt diesen Gedanken näher aus. Gegenüber der jetzt üblichen Auffassung der Gynäcologie als einer Lehre ausschliesslich der weiblichen Geschlechtsorgane ist dieser Begriff unbedingt zu erweitern zu einer aus den verschiedenen Sonderfächern, nähmlich der inneren Medicin, der Neurologie und der Chirurgie zusammengefassten Darstellung aller der von der specifischen Organisation des Weibes abhängigen Krankheiten. Während der Studienzeit wird die theoretische Seite zu sehr betont, während die technische Seite zu sehr in den Hintergrund tritt; hier sollten seminaristische Uebungen eingerichtet und eventuell von Staatswegen eingerichtete Institute zur Ergänzung und Fortführung der practischen Ausbildung des jungen Arztes nutzbar gemacht werden. Verf. ertheilt manche Rathschläge, die wohl werth sind, berücksichtigt zu werden. Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

637. Sitzung am 3. März 1898. (Schluss)

3. Herr Hörschelmann berichtet über die Erkrankung seiner Tochter an Diphtherie und eine Massenerkrankung an Angina nicht diphtheritischer Natur in seiner Familie.

Am 29. December vergangenen Jahres klagte seine 11 jährige Tochter über Halsschmerzen, am folgenden Tage Morgens weist der Rachen rechts hinter dem hinteren Gaumenbogen und an der hinteren Rachenwand verdächtige Beläge auf. Pat. wurde isolirt und erhielt eine Injection von 1500 Einheiten Behring'schen Serum's. Die bacteriologische Untersuchung ergab am 31. December: Reinculturen des Löffler-Bacillus. Nachdem auch im Lauf dieses Tages noch die linke Tonsille sich mit einem diphtheritischen Belag bedeckt hatte,

trat bald Abfall der Temperatur, subjective Besserung und localer Stillstand des Processes ein und der Rachen reinigte sich bis zum Abend des 2. Januar.

Am 12. Januar ergab die Untersuchung des Rachenschleim's blos vereinzelte Bacillen, das Kind wurde gebadet, desinficirt und mit seinen Geschwistern vereinigt. Da aber eine am 18. Januar ausgeführte Untersuchung wiederum **sehr viele** Bacillen nachwies, wurde das Mädchen von neuem isolirt. Die bacteriologischen Untersuchungen wurden nun noch wiederholt ausgeführt. — Der Gehalt des Rachensekrets an Löfflerbacillen wechselte: Am 5 Februar waren ihrer nur wenige, am 6. Februar dagegen sehr viele. Angeregt durch die persönliche Mittheilung Dr. Schomacker's über die Erfahrungen, die er mit Formalindämpfen in einem Fall von Diphtherie machte, wandte Hörschelmann bei seinem Kinde Einathmungen dieser Dämpfe an, am 6. und 7. Februar recht energisch, vom 8. bis zum 12. weniger intensiv. Die bacteriologische Untersuchung vom 8. Februar ergab in 4 von 6 Ausstrichpräparaten **keine** Löfflerbacillen, in 2 **nur sehr vereinzelte**. Die Culturen blieben noch bis zum 10. Febr. stehen und fanden sich nun von 2 Präparaten in dem einen wiederum keine, im 2. ganz vereinzelte, der Form nach wesentlich veränderte (unregelmässig contourirte, an den Enden theils kolbig erweiterte, theils wieder verdünnte) Bacillen. Auf diesen Befund hin wurde am 13. Februar die Isolirung des bereits seit dem 12. Januar in jeder Beziehung gesunden Kindes aufgehoben und die Formalineinathmungen eingestellt; nur Mundspülungen wurden fortgesetzt. Das Mundsecret wurde jedoch noch weiterhin auf seinen Bacteriengehalt controllirt und da ergab die Untersuchung vom 18. Februar wieder reichliche typische Bacillen und dieser Befund wurde am 21. Februar, so wie am 25. Februar bestätigt (Neisser's Doppelfärbung).

Nun erkrankten in rascher Folge mehrere Personen in der Familie, am 25. Februar die Bonne an leichter Angina ohne Beläge, den 26. Februar die 13½-jährige Tochter an schwerer Angina mit sehr verdächtigen Belägen und hoher Temperatur. Am 27. Februar: Isolirung dieser Tochter, Injection von 1500 Behring. Im Lauf dieser Tage erkrankte auch der 7-jährige Sohn an Angina mit leichtem Belag, Temperatur mässig erhöht. Die bacteriologische Untersuchung von der 13-jährigen Tochter ergab **keine** Löffler-Bacillen. Mit diesem Befunde stimmte der weitere Verlauf der Krankheit überein, indem er ein protrahirterer war, die Reinigung des Rachen's langsamer vor sich ging, als wir es bei Diphtherie mit Serumbehandlung zu beobachten gewohnt sind. Eine bacteriologische Untersuchung des Mundsecrets der 13-jährigen, 11-jährigen, *einer* gesunden, zu Angina besonders geneigten 9-jährigen Tochter, des 7-jährigen Sohnes und der Bonne vom 1. März ergab **nur** für die 11-jährige Tochter Löffler's Bacillen. Heute, am 3. März ist auch die 9 jährige Tochter an starker Angina und beträchtlichem Fieber (39,1) erkrankt, doch lässt sich zunächst noch nichts über die Natur des Leidens aussagen.

H. glaubt, dass dem Formalin ein günstiger Einfluss auf die Verringerung der Löffler-Bacillen nicht abzusprechen sei, da der Unterschied in dem Bacillenbefund vor und nach Anwendung der Formalindämpfe ein frappanter war, so dass er gern bereit ist, dieses Mittel zu weiterer Prüfung zu empfehlen. Bezüglich der unzweifelhaft hohen bactericiden Eigenschaften des Formalin's verweist er auf die jüngst veröffentlichten experimentellen Arbeiten von Fairbanks-Boston (Centralblatt für Bacteriol. etc. 1898 Bd. XII und XIII). Von irgend welchen schädlichen Wirkungen, selbst bei länger andauerndem Aufenthalt in mit Formalindämpfen angefüllten Räumen hat H. nichts beobachten können; die geringen Reizeinwirkungen, welche die Dämpfe anfänglich auf die Schleimhäute ausüben, lassen bei einiger Gewöhnung bald nach und sind jedenfalls nicht von anhaltenden schädlichen Folgen.

Eine Frage, die sich H. bei dieser Beobachtung wiederholt aufdrängte, war die nach der **Dauer der Virulenz** jener Löffler-Bacillen, welche nach erfolgter vollständiger Reinigung des Rachens von allen diphtheritischen Belägen in Mund und Rachenhöhle zurückbleiben. Hier giebt es offenbar eine Incongruenz zwischen den Ansichten der Bacteriologen und der der practischen Aerzte. Jene behaupten, dass, so lange die Bacillen, auch bei scheinbar ganz Gesunden, noch im Rachen persistiren, sie ihre Virulenz bewahren und eine Gefahr für die Umgebung vorhanden sei. Gegen diese mehr theoretische Anschauung sprechen hundertfältige Erfahrungen der practischen Aerzte und möchte H. auch jene oben mitgetheilte Beobachtung in seiner Familie als weitere Bestätigung dessen anführen, dass die Gefahr nicht allzu gross zu sein scheint und zum Mindesten eine Infection nicht stattzufinden braucht durch derartig lange persistirenden Bacillen. Wenn man überhaupt von günstigen Bedingungen für eine Infection mit Löffler-Bacillen sprechen kann, so war es doch in diesem Fall, und doch liessen sich in keinem von den 4 Erkrankungsfällen Löffler-Bacillen nachweisen.

Discussion.

Herr Nissen: es wäre wünschenswerth darauf zu achten, ob das fortgesetzte Einathmen von Formalindämpfen nicht schädlich auf die Nieren einwirke; wenn dieses der Fall sein sollte, dürften Formalindämpfe nicht in Räumen entwickelt werden, in denen Scharlachkranke liegen.

Herr Hörschelmann hatte in seinem Falle keine Veranlassung der Nierenthätigkeit besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. — Er kann nur wiederholen, dass er nach keiner Richtung hin schädliche Folgen des Einathmens der Formalindämpfe beobachtet hat. — Bezüglich der energischen Wirkungen, welche leicht verdampfbare Mittel bei der Inhalation auf die oberen Luftwege auszuüben vermögen, verweist Redner auf die unlängst in der St. Petersb. medic. Wochenschrift erschienene Mittheilung Kafemann's (in Nr. 43. 1897). — Auch von chirurg. Seite ist Redner das Formalin als zu Wunddesinfectionszwecken sehr tauglich bezeichnet worden.

Herr Tiling: den Chirurgen sind die Opthalmologen in der Anwendung des Formalin's vorangegangen.

Herr Heuking bemerkt, dass der Empfehlung Landerer's zufolge, das Formalin in Compressenform sich gut zur Desinfection der Haut **vor** der Operation eignen soll. Diese gründliche Desinfection der Haut, die sich sonst bekanntlich nur sehr schwer herstellen lässt, soll durch das Formalin dadurch erreicht werden, dass letzteres, kraft seiner Flüchtigkeit, tief in das Gewebe der Cutis, selbst in die Haarbälge und Talgdrüsen hinein, eindringen könne.

Herr Lunin warnt vor zu überschwänglichen Erwartungen bezüglich der desinficirenden Fähigkeiten der Formalindämpfe in Mund- und Nasenhöhle. Es giebt da eine Menge tief versteckter Schlupfwinkel, in denen sich die Diphtheritisbacillen einnisten können, wie etwa die viel zerklüfteten Lacunen und Krypten der Mandeln, ferner die schwer zugänglichen Gänge und Buchten der Nase. Nach den neuesten Untersuchungen von Wolff können die Bacillen sogar tief in den Nebenhöhlen der Nase sich verborgen halten. Da müsse man sich dann fragen, ob zu erwarten stehe, dass die Formalindämpfe auch dorthin dringen können?

Schwierig zu beantworten ist auch die Frage, wie lange Kinder nach Ablauf der Krankheitserscheinungen für ihre Umgebung gefährlich bleiben können.

Es giebt Fälle, wo die Bacillen nach 2 Wochen bereits verschwunden waren; in anderen waren sie noch nach langer Zeit nachweisbar. — Lebhaft in Erinnerung steht dem Redner ein Fall seiner eigenen Praxis, wo 3 Monate nach Ablauf der Krankheit Bacillen im Mundsekrete nachgewiesen werden konnten; das Kind wurde nun schliesslich doch mit seinen Geschwistern vereinigt ohne letzteren Gefahren gebracht zu haben. Lunin meint, dass man sich in praxi an die Regel halten soll, die sich durch tausendfältige praktische Erfahrung herausgebildet habe, nämlich die Isolirung der Kranken etwa 2—3 Wochen nach Schwund der Beläge aufzugeben.

Herr Hörschelmann stimmt dem nicht ganz bei. Es sind Fälle bekannt, wo die im Rachensekret von scheinbar Gesunden nistenden Diphtheriebacillen zur Ansteckung ihrer Umgebung beigetragen haben; noch unlängst sind aus Christiania Mittheilungen über eine hartnäckige Hausepidemie in einer Kaserne gemacht worden, die erst dann erlosch, als Mann für Mann der bacteriologischen Untersuchung unterworfen wurde und 18 scheinbar völlig Gesunde, deren Mundsekret den Löffler'schen Bacillus in virulentem Zustande enthielt. einer strengen Isolirung unterzogen wurden.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 3. September 1897.

Schiemann demonstrirt einen Fall von **isolirter uncomplicirter Talusluxation auf blutigem Wege reponirt**. Pat. J. W. 60 a. n. acquirirte sich dieselbe durch Sturz von einer Leiter. Der linke Talus hatte sich quer zur Längsaxe des Fusses gestellt, so dass der Taluskopf in einer Linie — gezogen vom Malleolus externus zum hallux — 2 cm. vom Mall. extern. entfernt, direct unter der Haut palpirbar war. Repositionsversuche in Narcose misslangen. Daher Schnitt zwischen Malleolus und Tibiaepiphyse, 10 cm. lang, über dem Kopf hinweg. Sichtbar werden: die zerrissenen vorderen und seitlichen Bänder und die Talusrolle, der Talus selbst ungemein beweglich wird mit einiger Mühe bei Plantarflexion und Extension des Fusses reponirt. Schluss der Wunde durch einige Silknäthe. Gypsverband Heilung per primam. Massage nach 12 Tagen. Resultat: freie Beweglichkeit im Fussgelenk. Pat. schont beim Gehen ohne Stock noch etwa den Fuss In der Literatur sind nur wenige Fälle veröffentlicht. (Autoreferat).

Truhart berichtet über eine Vergiftung, die er an 3 Personen gemeinsam mit Dr. Fischer-Sagnitz zu beobachten Gelegenheit hatte, deren Symptome viele Analoga zur

Atropinvergiftung bieten, die bisher selten beobachtet und deshalb wenig erforscht ist.

(Cf. St. Petersburger medicinische Wochenschrift Nr. 49. 1897. Fischer: 3 Fälle von Ptomatropinvergiftung verursacht durch den Genuss von Krebsen).

Interressant wäre es zu erfahren, ob damals das Gift noch im Urin vorhanden war. T. hatte deshalb einer Katze Harn in das eine Auge geträufelt, leider fehlt noch die Nachricht, ob derselbe local mydriatisch gewirkt hat.

In der Literatur findet man wenig über ähnliche Fälle. Kobert führt kurz das Vorkommen von Ptomainvergiftungen an, deren Symptome denjenigen der Atropinvergiftung ähnlich sind und bezeichnet solche Ptomaine mit dem Namen Ptomatropin; sie sollen entstehen durch Einwirkung von Schizomyceten auf Eiweissstoffe. Bei Wurst-, Fleisch- und Fischvergiftungen werden aber auch Erscheinungen beobachtet, wie sie das Muscarin hervorruft, ein Beweis, dass es zur Entwicklung verschiedener Alcaloide resp. Ptomaine kommen kann.

Von hohem Interesse ist eine vorläufige Mittheilung des Prof. van Ermengem in Gendt: derselbe konnte an Katzen und Kaninchen die Erscheinungen des Botulismus hervorrufen. Er zeigte ferner, dass nicht nur durch Schizomycetenwirkung Ptomaine sich entwickeln, sondern auch in geräuchertem Schinken, wo das Vorhandensein von Fäulnisserregern sicher ausgeschlossen werden konnte. Schliesslich gelang es ihm einen Bacillus zu isoliren, durch Impfung mit demselben die Symptome des Botulismus an Thieren hervorzurufen und denselben Microorganismus post mortem im Thier, spec. in der Milz nachzuweisen. Sollten sich diese Beobachtungen als richtig erweisen, so kann also nicht nur durch Ptomainintoxication, sondern auch durch Bacilleninfection das klinische Bild des Botulismus hervorgerufen werden.

Discussion.

Ströhmberg betont den Unterschied zwischen dieser interessanten Vergiftung und derjenigen durch Atropin. Die durch letzteres hervorgerufenen Aufregungszustände, Delirien, Pulsbeschleunigung fehlen. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass zur Zeit in Livland die Krebspest grassirt. Vielleicht liegt hier ein Zusammenhang vor; möglich wäre es, dass es schon in den lebenden kranken Krebsen zur Ptomainentwicklung kommt.

Truhart: der Unterschied zwischen dieser Ptomain- und der Atropinvergiftung ist sehr in die Augen springend: bei Wurstvergiftung tritt ev. der Tod bei vollem Bewustsein ein, bei Atropin nicht. Klonische Krämpfe, Spasmen der Blasenmusculatur etc. fehlen beim Botulismus. Vielleicht spielen hier verschiedene Stoffe eine Rolle. Die Mehrzahl der Krebse war jedenfalls gesund, möglich, dass ein oder der Andere krank darunter gewesen ist.

Ströhmberg: wenn sich feststellen liesse, dass das Krebspfännchen aus Thieren zubereitet wurde, die schon längere Zeit gestanden hatten, so muss man annehmen dass es sich um wirkliche Ptomainbildung in Folge von Leichenverwesung gehandelt hat. Noch interessant wäre es, wenn sich nachweisen liesse, dass sich schon im lebenden Krebs Stoffe entwickeln können, die Ptomatropinähnlich wirken.

Truhart: scheint der Fall sich doch mit dem bekannten Bilde der Wurst-, Fleisch- und Fischvergiftung zu decken.

Kessler hebt die Möglichkeit hervor, dass mit den lebenden Krebsen einige todte mitgekocht wurden.

Hartge fragt, warum nur 3 Personen erkrankt sind, wahrscheinlich haben doch noch andere von der Speise genossen.

Truhart: im Hause befanden sich 4 Personen, von denen 3 vom Pfännchen genossen, und erkrankten, die 4., die Frau des Hauses nahm nichts zu sich und blieb gesund.

Körber erkundigt sich, weshalb der zuerst behandelnde College, der doch gleich auf den Gedanken an eine Vergiftung kam, nicht den Rest des besagten Pfännchens zur gerichtlichen Untersuchung eingeschickt hat.

Truhart: da erst nach ca. 18 Std. schwere Erscheinungen auftraten, die den Gedanken an eine Vergiftung nahelegten, so wird wohl von dem Pfännchen nichts mehr vorhanden gewesen sein.

Lackschewitz zeigt 2 mit Hülfe des Haab'schen Zeichenbuches für ophthalmoscopische Befunde hergestellte Bilder des Augenhintergrundes.

Im 1. Fall handelt es sich um eine angeborene Abnormität, wahrscheinlich um markhaltige Nervenfasern von ungewöhnlichem Aussehen. Während rechts der ophthalmoscopische Befund völlig normal ist, findet sich im linken Auge folgender Befund: nach oben und innen schliesst sich an die Pupille ein grosser Fleck von unregelmässig 4-eckiger Gestalt und etwa 4—5 Papillendurchmesser Grösse. Farbe gelblich-weiss am intensivsten in der Nähe des Sehnervenkopfes, wo ein zart-bläulicher Beiton hinzutritt. Die von der Papille nach oben und unten verlaufenden Grenzen des Fleckes sind scharf, speciell auch auf der Papille, wo das Weiss des Fleckes sich deutlich vom normalen hellen Roth der Scheibe abhebt. Peripher tritt zum gelbweissen Farbenton mehr und mehr Roth hinzu, so dass die äussere Grenze unscharf erscheint. Die nach oben, innen und unten laufenden Gefässe werden z. Th. von den Rändern des Fleckes in ihrem Anfangsstück verdeckt, z. Th. tauchen sie innerhalb desselben auf, um anfangs schmal (d. h. von undurchsichtigem Gewebe verdeckt) allmählich normale Weite zu erreichen. Senkrecht auf ihren Verlauf sieht man faltenartige Gebilde von nur geringer Ausdehnung an sie heranreichen. Man erhält den Eindruck, als ob die den Fleck bedingende Fläche dort gleichsam von unter ihr verlaufenden Strängen, die zu den Gefässen ziehen emporgehoben ist. Dabei bestehen jedoch keine ausgesprochenen Niveaudifferenzen, so dass wir es nur mit scheinbarer Faltenbildung zu thun haben. Es handelt sich jedenfalls um eine angeborene Abnormität, wahrscheinlich markhaltige Nervenfasern. Das Auffallende in dem Fall ist 1) das Fehlen der weissen Streifung, die gewöhnlich das flammige Aussehen der markhaltigen Nervenfaserflecke hervorruft und 2) die faltenartige Bildung an den Gefässen, wofür Vortragender keine Erklärung zu geben vermag. — Wie häufig, so ist auch in diesem Fall das Sehvermögen herabgesetzt, also ein gewisser Grad von Amblyopie vorhanden und es findet sich im Gesichtsfeld dem Fleck entsprechend also unten aussen ein Gebiet, in welchem die qualitative Lichtempfindung herabgesetzt ist. Farbige kleine Quadrate verlieren darin an farbiger Valenz «die Farben werden heller, dabei aber mehr grau» wie Patientin sich ausdrückt.

Der 2. Fall betrifft eine Astembolie der Centralarterie, interessant insofern als man den obturirenden Embolus auf der Papille im Gefässrohr stecken sieht. Patientin Frau S. 58. a. n. seit vielen Jahren nervenleidend, soll wie der Hausarzt es bestätigt auch an einem Vitium cordis leiden, hat bisher gutes Sehvermögen besessen. Vor 14 Tagen traten nach dem Mittagessen Schwindel, Flimmern vor den Augen und leichte Ohnmachtsanwandlungen auf. Patientin hatte das Gefühl als ob ein Nebel sich vor die Augen senkte. Sie erholte sich jedoch bald, bemerkte aber, dass sie mit dem linken Auge alle höher gelegenen Gegenstände nur theilweise und wie durch einen Schleier sah, während sie mit dem rechten Auge völlig klar sah. Dabei besteht noch augenblicklich vor dem linken Auge Flimmern. Stat: Lider, Conjunctiva, Cornea normal: Linse bds einzelne tropfenförmige und feine punktförmige Trübungen in den mittleren Linsenschichten V r = $^6/_{10}$ cum correct. — 1.5, l = $^6/_{7,5}$ cum correct. — 1.5. Im Gesichtsfeld des linken Auges fehlt der obere Theil, die Grenzen des Defectes zum Fixationspunkt sind unscharf, die Angaben bei der Prüfung wechselnd, Patientin sieht angeblich «wie durch einen Nebel». Ophth. Befund: rechts normal, links: die ganze untere Hälfte des Fundus leicht weisslich getrübt, während die obere die normale Färbung zeigt. An den nach oben verlaufenden Gefässen nichts Abnormes. Alle nach unten laufenden Hauptstämme, von der getrübten Papillengrenze an fadenförmig verdünnt, gewinnen erst in der Peripherie eine grössere Weite, bleiben aber auch dort dünner als normal. Der Hauptstamm der Arterie und Vene treten normal breit aus der Excavation, werden aber etwa in der Mitte zwischen Papillencentrum und dem getrübten Rand derselben von einem glänzenden, gelblich-weissen Körper unterbrochen, der scharf umgrenzt erscheint; peripher von ihm sind die Gefässe fadenförmig, doch scheinbar an keiner Stelle die Blutsäule völlig unterbrochen. Eine Umhüllung (Gefässwand) des obturirenden Embolus ist nicht sichtbar.

Das Maculargebiet wegen Enge der Pupille und starkem Linsenreflex schwer zu übersehen. Jedenfalls ist die Trübung desselben nicht sehr ausgesprochen, ebenso die event. kirschrothe Färbung der Macula.

Wie in vielen Fällen, sind auch hier die embolisirten Hauptstämme in der Nähe der Papille fadenförmig verdünnt, während ihre peripheren Verzweigungen wieder eine bessere Blutfüllung zeigen, eine Erklärung dafür vermag L. nicht zu geben.

Discussion

Jaesche: der Befund an den Gefässen lässt sich am ungezwungensten so erklären: während die Hauptstämme in der Nähe der Papille noch eine relativ starke Gefässwand resp. Muscularis besitzen, fehlt sie den peripheren Aesten oder ist nur schwach ausgebildet. Ihr elastischer Widerstand kommt weniger zur Geltung. Der Embolus verlegt nun oft nicht vollständig das Lumen, eine geringe Quantität Blut passirt ihn, sie genügt nicht die Gefässlichtung der grossen Stämme zu erweitern, weshalb dieselben verengt erscheinen, peripher in den kleinen Gefässen ist die Sache anders, dort genügt der schwache Blutdruck um das Gefässrohr zu füllen. Ebenso ist es mit den Venen der Fall.

Secretär: Lackschewitz.





Vermischtes.

— Ernannt: die wirkl. Staatsräthe: Ehren-Leibmedikus, Akademiker L. Popow, ord. Prof. der Militair-Medicinischen Akademie und Akademiker K. Slawjanski, ord. Prof. derselben Akademie — zu berathenden Mitgliedern des Gelehrten Militair-Medicinischen Comités, ersterer unter Enthebung vom Professorenamte nach zurückgelegter Dienstzeit, und die Staatsräthe: Dr. med. Konstantinowitsch, Divisionsarzt der 3. Infanterie-Division zum Corpsarzt des 11. Armeecorps und Dr. med. v. Reutlinger, Brigadearzt der 4. kaukasischen Reservebrigade zum Gehilfen des Bezirks-Militair-Medicinalinspectors des Amurbezirks.

— Wie der Noworossijski Telegraf meldet, soll im August 1899 an der neubegründeten medicinischen Fakultät in Odessa nur der erste Kursus eröffnet werden.

— Dem Troitzki-Hospital für unheilbar kranke Frauen in Petersburg hat Frau Scheer 3000 Rbl. gespendet.

— Im Stadthospital zu Rostow a. D. ertrank ein Kranker in der Wanne. Selbstmord konnte nicht ausgeschlossen werden.

— Verstorben: 1) Der jüngere Ordinator des Rigaer Militairhospitals M. M. Golubew, der seit 1894 praktisirte. 2) Dr. S. M. Iswekow, seit 1886 practicirend. 3) In Moskau am 1. Juli Dr. P. A. Krasnow, seit 1847 in Praxis. 4) In Astrachan am Typhus exanthematicus N. M. Nikiforow. 5) In Tula der bei der Landbevölkerung sehr beliebte Landschaftsarzt A. N. Miroljubow, der seit 1868 die Praxis ausübte und beinahe die ganze Zeit im Tula'schen Kreise gedient hatte. 6) Dr. Page, Prof. der Medicin an New-York Policlinic and Hospital.

— Geheimrath E. v. Leyden ist zum correspondirenden Mitglied der Académie des Sciences in Paris ernannt worden und damit das einzige deutsche Mitglied dieser Gruppe und überhaupt der erste deutsche Kliniker, der der Académie als correspondirendes Mitglied angehört. Unter den 8 «Associés étrangers» der Académie des Sciences befinden sich zur Zeit noch 2 Deutsche: R. Virchow und der Chemiker Bunsen (Heidelberg).

— Der Medical Record (vom 18. Juni) erzählt von einem Unglücksfall, der sich bei einer Operation im New-York Policlinic and Hospital ereignet hat. Als Dr. Simmons im Begriff war die Amputation eines Unterschenkels vorzunehmen, glitt plötzlich der das Bein fixirende Assistent aus und drückte beim Fall das Amputationsmesser an die Hand des Operateurs, so dass dieselbe beinahe ganz durchschnitten wurde und in Folge starken Blutverlustes das Leben des Dr. S. gefährdet ist.

— Eröffnungen von Heilstätten für Lungenkranke stehen in der nächsten Zeit in verschiedenen Theilen Deutschlands bevor. Nachdem die Anstalt in Loslau (Oberschlesien), am 2. Juli (n. St.) eingeweiht worden ist, folgt in den nächsten Tagen das Felixstift in Andreasberg. Am 1. August steht ferner die Inbetriebsetzung der Volksheilstätte des Kreises Altena i. W. bevor. Endlich sind die Arbeiten beim Bau der Heilstätte in Berka, welche der Grossherzoglich sächsische Frauenverein vom Rothen Kreuz errichtet, sowie bei dem der Anstalt Planegg des Heilstättenvereins für Oberbayern so weit gefördert, dass die Eröffnung in kurzer Zeit stattfinden kann. In 5 Kreisen des Rheinlandes werden oder sind bereits gleichfalls Heilstättenvereine gegründet.

— Wie der Pridnjeprowski Krai mittheilt, beschäftigt sich in Slawjansk ein gewisser A. J. Radsejewski mit Vertheilung von Karten, auf denen gedruckt zu lesen ist, dass er Lähmung in 5 Monaten, Rheumatismus in 2½ Monaten, Magenkatarrh in 2 Monaten, Fieber in 7—15 Tagen etc. heilt. Für einen Solotnik (= 4,2 Gramm) irgend eines quasi heilkräftigen Grases nimmt derselbe 2½ Rbl.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Juli. d. J. 7398 (2 mehr als in d. Vorw.), darunter 551 Typhus — (21 mehr), 752 Syphilis — (139 wen.), 121 Scharlach — (3 mehr), 136 Diphtherie — (2 wen.), 29 Masern — (13 wen), und 10 Pockenkranke — (10 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis zum 11. Juli 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
373	297	670	162	60	103	16	11	21	63	66	49	45	30	28	12	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 14, Scharlach 13, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 2, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 122, Todtgeborene 23.



Торговый домъ АЛЕКСАНДЕРЪ ВЕНЦЕЛЬ,
С.-Петеуубургъ, Гороховая 33.
ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ.
Поставщикъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ.

Перевязочныя средства, бандажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенснэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:
Молочной муки и сгущеннаго молока Г. НЕСТЛЕ въ Веве.

Medicinischer Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Soeben erschienen:

Handbuch
der
Ernährungstherapie.
Herausgegeben von
E. von Leyden.
Zweiter Band. Erste Abtheilung.
(Specielle Therapie der Ernährung).
Mark 10.—
(Schluss erscheint im Herbst).

LEHRBUCH
der
conservirenden Zahnheilkunde
von
Prof. Dr. W. D. Miller (Berlin).
Mit 449 Abbildung.
2 umgearbeitete und vermehrte Auflage.
Broschirt 15 Mark, gebd. 16 Mark.

KISSINGEN. Dr. C. Dapper's Sanatorium.
— Neues Kurhaus —
Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen.
Geöffnet **April—Januar.** Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(51) 19—11.

Kurhaus Woltersdorfer Schleuse bei Berlin Stat. Erkner.
Physikalisch-diätetische Heilanstalt.
Dirigirender Arzt: **Dr. med. A. Pritzel.**
Das ganze Jahr geöffnet.

Hierdurch erlaube ich mir zur Kenntniss zu bringen, dass meine

Heilanstalt für Nervenkranke
in Riga,

in den Besitz des Herrn Dr. med E. Sokolowski übergegangen ist, dass ich aber mit Zustimmung des letzteren auch fernerhin jederzeit zu Consultationen in der Anstalt bereit sein werde.

Dr. med. V. v. Holst.

Bezugnehmend auf obige Mittheilung erlaube ich mir bekannt zu machen, dass ich die genannte Anstalt am 15. Juli a. c. übernehmen und unter dem Namen

„Dr. Holst's Nervenheilanstalt"

weiterführen werde.

Dr. med. E. Sokolowski.
(92) 2—1.

LA BOURBOULE
MINERALWASSER-GESELLSCHAFT
Quellen Choussy Perière.
Saison vom 1. Mai bis zum 1. October.
Dieses natürliche Mineralwasser ist in allen Apotheken und Apotheken waaren-Handlungen zu haben. Auskünfte und Prospecte von der Mineralwasser-Verwaltung, Paris, 30, Rue Saint-Georges.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Довв. ценз. Спб. 20 Іюля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.



XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, 25. Juli (6. August) **1898**

Die ärztliche Behandlung der Arbeiter in Deutschland.

Von

Dr. med. Otto Thilo.

(Schluss).

Diese grossen Erfolge der Heilanstalten für Unfallkranke veranlassten viele Berufsgenossenschaften schon während der Carenzzeit die Verletzten ihren Anstalten zu übergeben. In derartigen Fällen mussten dann die Krankenkassen der Arbeiter 13 Wochen lang die Kosten der Behandlung tragen. Natürlich suchten viele Kassen diese Kosten abzuwälzen. Hierzu äussert sich die Zucker-Berufsgenossenschaft wie folgt: Von der durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetze geschaffenen Berechtigung, in geeigneten Fällen das Heilverfahren verletzter schon innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle übernehmen zu können, hat die Berufsgenossenschaft auch während des Berichtsjahres in ausgiebiger Weise und zwar wiederum mit bestem Erfolge Gebrauch gemacht. Es wurde während des Berichtsjahres das Heilverfahren in dieser Weise in 31 Fällen übernommen und sind dabei 4510,12 M. Kosten entstanden, welche wir durch Ersparniss an Renten mehr als reichlich gedeckt erachten. Wie wir nochmals wiederholen, sucht eine nicht geringe Anzahl unserer Mitglieder die vorliegende Bestimmung immer noch so aufzufassen, dass die Berufsgenossenschaft verpflichtet sei, jeden Unfallverletzten auf ihre Kosten heilen zu lassen, um die Krankenkassen zu entlasten. Das ist jedoch nicht der Fall, die Berufsgenossenschaft hat lediglich das Recht, dann das Heilverfahren Verletzter früher zu übernehmen, wenn der einzelne Fall allen seinen Umständen nach im Interesse der Berufsgenossenschaft sowohl als des Verletzten dazu geeignet erscheint. Zunächst hat, wie seither, so auch fernerhin die Krankenkasse die Verpflichtung, für die Heilung eines Unfallverletzten ebenso zu sorgen, als für die Heilung eines Erkrankten». Zeitschrift «Compass», 1897, 323. Wir ersehen hieraus, dass die Verhältnisse zwischen den Krankenkassen der Arbeiter und den Kassen der Arbeitgeber (Berufsgenossenschaften) nicht sehr friedliche sind. Ich glaube diese Verhältnisse können nicht anders geregelt werden, als wenn Arbeiter und Arbeitgeber gemeinsame Kassen bilden, aus denen von Anfang an die Behandlung der Unfallverletzten bezahlt wird. Es würden dann diese Kranken stets gleich nach der Verletzung in die richtige Behandlung gelangen und die Hospitalbehandlung würde ganz fortfallen. Hieraus würden allen Theilen grosse Vortheile erwachsen.

1) Arbeitgeber wie Arbeiter würden gleichmässiger die Kosten der Behandlung als bisher tragen. In Schweden werden jedenfalls diese Verhältnisse ähnlich beurtheilt.

Nach einem neuen Gesetzentwurf über Arbeiterversicherung, welcher dem Reichstage zugehen soll, steuern zum Versicherungsfond die Arbeitnehmer und der Staat, nicht aber die Arbeitgeber bei. (Berl. Aerzte-Corresp. 1898. 10).

2) Die Arbeiter würden schneller arbeitsfähig werden. 3) Die Aerzte der Unfallversicherungen hätten es leichter und könnten trotzdem grössere Erfolge erzielen an den frischen Kranken, als an solchen, die in den Hospitälern durch mangelnde Uebung und Bewegung oft schwer heilbar geworden sind.

Den Krankenhäusern erwächst hieraus selbstverständlich kein Vorwurf. Sie können keine «Reconvalescentenhäuser» sein. Ihre Räume, ihr Wartepersonal, kurz ihre ganze Einrichtung ist für schwere, bettlägerige Kranke bestimmt. Diesen würde eine Zufluchtsstätte entzogen werden, wenn man statt ihrer Kranke aufnehmen wollte, die gar nicht der Pflege von Schwerkranken bedürfen, die, von ihren Wunden genesen, Bewegung in frischer Luft, Uebungen, Massage und allmähliche Gewöhnung an die Arbeit erfordern.

Derartige Kranke können häufig sogar in ihren Familien wohnen. Es genügt für sie oft, ein Mal täglich in eine Heilgymnastische Anstalt zu gehen. Den übrigen

Theil des Tages können sie zu leichten Arbeiten verwenden.

In Deutschland findet man in allen heilgymnastischen Anstalten eine Menge derartiger Kranken, die ambulatorisch behandelt und auch geheilt werden.

Folgender Fall, der in der «Monatsschrift für Unfallheilkunde» veröffentlicht ist, möge den Gang der Behandlung und Beurtheilung eines «Unfallkranken» kennzeichnen.

Der Kutscher N. wurde von einem Pferde derartig in den Oberarm gebissen, dass eine vollständige Lähmung der Streckmuskeln seiner rechten Hand entstand. (Radialis-Lähmung). Als der Kranke zur Behandlung kam, bestand die Lähmung schon sieben Monate, sie war so bedeutend, dass der Kranke angab, die Hand gar nicht erheben zu können, wenn er den Arm auf einen Tisch legte und die Hand herabhängen liess. Trotz der mangelnden elektrischen Erregbarkeit der gelähmten Muskeln hatte man doch Grund, anzunehmen, dass eine leichte Uebertreibung von Seiten des Kranken vorlag. Dieses gelang denn auch festzustellen mit Hilfe eines Kraftmessers. Es konnte mit demselben nachgewiesen werden, ohne dass es der Kranke bemerkte, dass die geschwächte Hand ein sehr geringes Gewicht (8 Gramm) hob. Fortgesetzte Uebungen an Apparaten und leichte Handarbeiten steigerten die Zugkraft der geschwächten Muskeln im Laufe eines halben Jahres von 8 Gramm auf 800 Gramm, so dass der Kranke wieder arbeiten konnte und allmählich die vollständige Arbeitskraft seiner Hand wiedererlangte. Trotz seines störrischen, bösartigen Charakters wagte er nicht, gegen seinen Arbeitgeber zu klagen, obgleich doch gewiss die hohen Entschädigungssummen, welche gerichtlich für den Verlust der Gebrauchsfähigkeit einer Hand gefordert werden, sehr verführerisch für ihn waren. In Deutschland wird der Verlust der Gebrauchsfähigkeit einer Hand mit 50 bis 75 pCt. Verlust an Arbeitskraft berechnet. In Russland wurden nicht selten Summen von 4.000 bis 5.000 Rbl. für den Verlust des Gebrauches einer Hand als Entschädigung von den Gerichten verlangt.

Dieser Fall wurde zum Theil deshalb hier angeführt, weil er zu beweisen scheint, wie genau durch geeignete Vorrichtungen und Beobachtungen die Leistungsfähigkeit eines Arbeiters festgestellt werden kann, selbst wenn dieser bemüht ist, seine Erwerbsfähigkeit als möglichst ungünstig hinzustellen.

Leider sind ja die Arbeiter nur zu häufig zu böswilligen Täuschungen und Uebertreibungen geneigt, wenn sie die Aussicht haben, durch ihre Krankheit Geld zu erwerben.

Von vielen deutschen Anstalten wird die Zahl der «Simulanten» auf 25 bis 33 Procent angegeben.

Die Heimstätte für Verletzte zu Niederschönhausen bei Berlin hat günstigere Erfahrungen gemacht, Sie giebt nur 7 Procent Simulanten und grobe Uebertreiber an, d. h. 19 von 269 Kranken im Jahre. In ihrem Jahresberichte von 1891 finde ich folgende Aeusserung: «Leichte Uebertreibung von vorhandenen Krankheitserscheinungen haben wir sehr häufig bemerkt. Dieselbe ist ja sehr naheliegend und entspringt nicht immer einer bösen Absicht, sondern ist durch den verzeihlichen Wunsch auf Seiten des Untersuchten zu erklären, dass der Arzt keines der verschiedenen Krankheitszeichen übersehen und bei der Beurtheilung zu gering taxiren möge».

Dieser Darstellung wird gewiss jeder erfahrene Arzt beistimmen.

Nur wenige Menschen von aussergewöhnlich energischem, lebhaften Character überwinden schnell die grossen Schwierigkeiten, welche nach schwerer, langdauernder Krankheit beim Beginn der Arbeit dem geschwächten Geiste und Körper sich entgegenstellen.

Die meisten Genesenen zweifeln daran, ob ihre geschwächten Gliedmassen wirklich einmal im Stande sein werden, die frühere harte, vielstündige Arbeit zu leisten.

Spricht man ihnen Muth zu, weist man auf andere Arbeiter hin, die trotz schwerer Verletzungen durch ausdauernde Uebungen ihre frühere Leistungsfähigkeit wiedererlangt haben, so gelingt es oft leicht, sie zu veranlassen, durch hartnäckige Uebungen ihren Körper und ihren Geist zu stählen und allmählich sich an die Mühen ihres Berufes zu gewöhnen.

Ich habe oft gefunden, dass man auf diese Art selbst bei so störrischen Naturen, wie der oben erwähnte Kutscher N., weiter kommt, als wenn man bemüht ist, ihnen zu beweisen, dass ihre Leiden nur eingebildete seien und dass sie ganz gut arbeiten könnten, wenn sie nur ernstlich wollten.

Freilich giebt es ja auch sehr bösartige und arbeitscheue Kranke, bei denen alle Mühe verloren ist. Diese sind selbstverständlich erbarmungslos aus den Anstalten zu entfernen, da ihr Einfluss im höchsten Grade verderblich ist.

Wir haben also gesehen, dass die Berufsgenossenschaften die ärztliche Thätigkeit nach zwei Richtungen hin beanspruchen: 1) zur Beurtheilung, 2) zur Behandlung der «Unfallkranken».

Diese Beanspruchung ist für alle Theile von den segensreichsten Folgen gewesen. Der Nutzen, welcher Arbeitern und Arbeitgebern aus der ärztlichen Thätigkeit erwuchs, wurde oben mehrfach angedeutet, aber auch die medicinische Wissenschaft und Kunst hat grosse Fortschritte durch das Unfallversicherungsgesetz gemacht. Die grossen Mittel, welche die Unfallversicherungs-Gesellschaften zu ihrem eigenen Gewinne für die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit ihrer «Unfallkranken» hergaben, kamen mittelbar der medicinischen Wissenschaft zu gute. Ich erinnere hier nur an die zahlreichen «Heimstätten für Verletzte», oder «Reconvalescentenhäuser», an die Heilanstalten für Lungenkranke und an die vielen Heilungen, durch welche hohe Rentenzahlungen herabgesetzt wurden. Man kann wohl sagen, dass in Deutschland viele Zweige der Heilkunst, viele Zweige der ärztlichen Beobachtung und Forschung durch das ganze Unfallswesen in einer kaum geahnten Weise in wenig Jahren sich entwickelt haben.

Wo ich auch in Deutschland Heimstätten für Unfallkranke besuchte, stets habe ich diesen grossen Fortschritt bemerkt.

In Berlin, Frankfurt am Main, Kottbus u. a. O. hatte ich reichlich Gelegenheit, die Thätigkeit dieser Anstalten kennen zu lernen; auch auf den Aerzteversammlungen zu Lübeck, Frankfurt am Main und Braunschweig war die Abtheilung «Unfallheilkunde» gut besucht. Die Directoren der zahlreichen Heilanstalten des Unfallwesens theilten ihre reichen Erfahrungen hier mit und aus ihrem grossen Material konnte man sich leicht von ihren grossen Heilerfolgen überzeugen. Besonders hervorstechend waren die Erfolge bei der Behandlung verletzter Hände.

Ich habe noch als Student die Zeiten erlebt, wo man den Fingerletzungen keine sehr grosse Aufmerksamkeit zuwandte. Jetzt ist die Aufmerksamkeit durch die hohen Rentenzahlungen geschärft, welche für die Steifheit eines Fingergliedes oft vorgeschrieben werden, und in Folge dessen hat denn auch die Behandlung der Finger ganz ungeheure Fortschritte gemacht. Es gelingt jetzt oft noch, Finger wieder gebrauchsfähig zu machen, die man früher einfach amputiren musste. Daher glaube ich auch, dass heutzutage jeder gewissenhafte Richter moralisch verpflichtet ist, sich von solchen Erfolgen zu



überzeugen. Bevor er die Entschädigungssumme für eine gebrauchsunfähige Hand bestimmt, sollte er erst feststellen, ob der Geschädigte einige Monate lang von einem Fachmann mit Massage und Uebungen behandelt wurde. War dieses nicht der Fall, so ist die Entscheidung über die Gebrauchsfähigkeit der Hand zu verschieben und der Erfolg einer mehrmonatlichen Behandlung abzuwarten, bevor der Arbeitgeber gezwungen wird tausende von Rubeln dem verletzten Arbeiter auszuzahlen. Mir sind Fälle bekannt, in denen geschwächte und versteifte Hände durch eine geeignete Behandlung, ja sogar nur durch Arbeit, wieder vollständig gebrauchsfähig wurden, obgleich ich sie, trotz langjährigen Erfahrungen für unheilbar hielt und ihre Arbeitsfähigkeit gleich Null setzte.

Die vorstehenden Angaben über das Unfallwesen in Deutschland wurden von mir hier zusammengestellt, weil ich glaube, dass die deutschen Verhältnisse in vieler Hinsicht die Verhältnisse in Russland beeinflussen werden. In Deutschland liegen auf dem Gebiete des Unfallwesens schon 14-jährige Erfahrungen vor. Diese wird man wohl in Russland nicht unbenutzt lassen und Vieles wird man wohl bei uns nach deutschem Vorbilde einrichten. Schon jetzt berücksichtigen unsere Richter die Entscheidungen des deutschen Reichsversicherungsamtes, wenn Entschädigungsgelder für verletzte Arbeiter festgestellt werden. Obgleich kein bestimmter Gesetzespunkt in Russland dafür vorhanden ist, dass der Arbeitgeber einen im Betriebe verletzten Arbeiter zu entschädigen hat, so schreiben doch meist die Richter solche Entschädigungen vor, indem sie die Haftpflicht des Arbeitgebers von allgemeinen Gesetzesbestimmungen herleiten.

Man hört jetzt oft den Ausspruch: der humane Zeitgeist drängt den Richter dazu, dem Arbeiter möglichst hohe Entschädigungen aus den Kassen der Arbeitgeber zu verschaffen. Diesen humanen Zeitgeist haben gewiss auch unsere Arbeitgeber nicht selten empfunden. Unter anderen ist ein Fall recht allgemein bekannt in welchem eine Fabrik deshalb zum Bankerott gelangt, weil sie in einem Jahre gegen 10000 Rbl. für mehrere verletzte Arbeiter auszuzahlen hatte. In einem anderen Falle erhielt eine Arbeiterin eine Entschädigung von 2000 Rbl. weil sie ein Fingerglied verloren hatte. Die Schwester dieser Arbeiterin erhielt eine gleiche Entschädigung für die gleiche Verletzung.

Verständlich ist es daher, dass der humane Zeitgeist die Arbeitgeber Riga's dazu drängte, durch eine gegenseitige Unfallversicherungsgesellschaft ihre Arbeiter und sich von schweren Schädigungen zu bewahren.

Literatur:

1) Zusammenstell. von Grundsätzen, welche nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes bei der Bemessung des Anspruches u. s. w. Bochum Wilh. Stumpf.

(Kurze vortreffliche Zusammenstellung von Entscheidungen).

2) Haag Georg: Skala der Einbusse an Erwerbsfähigkeit bei Unfallschäden. Preis 1 Mrk. 25 Pf. München, Seitz und Schauer.

3) Kaufmann Constantin. Handbuch der Unfallverletzungen. Stuttgart. Ferd. Enke. 1897.

4) Thiem Dr. Carl. Redacteur der Monatschr. für Unfallheilkunde. Handbuch der Unfallerkrankungen nebst Abhandlung über die Unfallerkrankungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde von Ferd. Cramer. Stuttgart. Ferd. Enke. 1898.

(Dieses Werk ist wohl unentbehrlich bei der Beurtheilung von Unfallschäden an Arbeitern, ausserdem bietet es eine Menge neuer Untersuchungsmethoden und Heilverfahren).

Zehnter Aerztetag

der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wolmar vom 20–22. August 1898.

Es sei uns gestattet, dem nachstehenden Programm des diesjährigen Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte einige Worte der Begrüssung vorauszuschicken.

An derselben Stätte, an der am 2. October 1889 ein seit langer Zeit gehegter, mehrfach gescheiterter und endlich doch durchgesetzter Plan zum ersten Mal verwirklicht wurde — in Wolmar, der alten livländischen Stadt, wird in Bälde, am 20. August a. c., die zehnte Jahresversammlung der Gesellschaft livländischer Aerzte eröffnet werden. — Damals, bei dem feierlichen Beginn der öffentlichen Thätigkeit der neuen Institution, mögen den Gründern wohl im Innersten einige bange Zweifel aufgestiegen sein in Betreff der Lebens- und Leistungsfähigkeit ihres Werkes; war es doch ein Versuch, der in baltischen Landen keinerlei Präcedenz hatte. Schon die nächsten Jahre bewiesen die Fruchtbarkeit der Idee und auf dem im September 1893 in den Mauern unserer alten alma mater tagenden, allen Theilnehmern unvergesslichen V. «livländischen Aerztetag» (wie er abgekürzt genannt wird) konnte der hochverehrte, bis jetzt immer wiedergewählte Präsident, Dr. med. H. Truhart mit berechtigter Genugthuung auf die reichen Früchte hinweisen, die nicht nur der Wissenschaft, sondern vor Allem auch der Bevölkerung des ganzen Landes aus der Thätigkeit der illustren Aerztegesellschaft erwachsen waren.

Dass das zweite Quinquennium, das jetzt seinen Abschluss finden soll, nicht weniger reich an Arbeit und Erfolgen gewesen ist, als das erste — dafür sprechen die Sitzungsprotokolle, die alljährlich veröffentlichen zu können, unser Blatt sich zur Ehre rechnet; dafür spricht auch die immer regere Betheiligung der Collegen aus anderen Provinzen an den Versammlungen.

Ohne auf Details einzugehen, erinnern wir nur an die, auch dem Auslande zum Muster gewordene, Organisation der Verpflegung der Leprakranken, an die Arbeiten zur Bekämpfung der Syphilis, zur Reorganisation des Hebammenwesens auf dem Lande, zur Verpflegung der Geisteskranken und so manche andere bedeutende Leistungen zum Wohle des ganzen Landes, die in erster Linie der Initiative des «livländischen Aerztetages» zu verdanken sind. Wenn auch hier und da das Erreichte hinter dem Erstrebten zurückgeblieben ist, so sind dafür unüberwindliche äussere Schwierigkeiten — Competenzfragen, pekuniäre Verhältnisse und dergl. — verantwortlich zu machen; an heissem und selbstlosem Bemühen haben es die Aerzte nicht fehlen lassen.

Es liegt nicht in der Absicht der Leitung des Aerztetages, den Abschluss des ersten Decenniums seiner Thätigkeit durch eine äussere officielle Feier zu begehen. Wir aber möchten uns nicht versagen, aus diesem Anlass der Gesellschaft livländischer Aerzte ein Vivat, Crescat, Floreat, zuzurufen. Möge sie auch in Zukunft die Söhne der alten alma mater zu fruchtbarer Arbeit für das Wohl und zum Ruhm ihrer Heimath vereinigen.

Programm.

Eröffnung des X. Aerztetages

Donnerstag den 20. August 1898.

4 Uhr Nachmittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 4–8 Uhr Abends.

1. Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
2. Bestimmung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages.

3. Neuwahl des Präses und die übrigen Wahlen laut § 8 der Statuten.
4. Mittheilungen des Verwaltungsrathes der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.»
   Vortrag des Herrn Dr. med. C. Brutzer über «Sectionsbefunde aus dem Leprosorium zu Riga».
5. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Die sociale Stellung des Arztes» M. Treymann.
   b) «Zur Frage des ärztl. Honorars» C. Dehio.
   c) «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Rechtsschutzvereins von 1890—1897» . . . . O. Petersen.
   d) «Ueber Herzruptur» . . . . . . P. Hampeln.
   e) «Ueber Verlauf u. Therapie d. Ruhr» Z. Blindreich.
   f) «Das Balantidium coli als eine in Livland häufige Ursache chronischer Durchfälle» . . . . C. Dehio.
6. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzung.

Freitag den 21. August.

Tagesordnung.

II. Sitzung von 9—2 Uhr.

1. Demonstrationen, Krankenvorstellung und kleinere Mittheilungen.
   Vortrag des Herrn Dr. med. O. Thilo: «Kraftmessungen zu ärztlichen Zwecken» (nebst Demonstration).
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ist der Tuberkelbacillus ein Nosoparasit und wie ist er am besten zu bekämpfen» . . . . S. Unterberger.
   b) «Zur Behandlung der Tuberculose der Knochen und Gelenke» . . . P. Klemm.
   c) «Ueber die Behandlung der Nierenverletzungen» . . . . O. Hohlbeck.

III. Sitzung von 4—8 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die Behandlung d. Erysipels» E. Fischer.
   b) «Zur Diagnose und Therapie des Brustkrebses» . . . . A. v. Bergmann.
   c) «Ueber chronischen Schnupfen» . R. v. Rimscha.
   d) «Ueber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen» . . . . W. Greiffenhagen.
   e) «Die Prüfung der Sehschärfe bei Verdacht auf Simulation» . . . . A. Kröger.
2. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Sonnabend den 22. August.

Tagesordnung:

IV. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber überzählige Finger in vergleichend-pathologischer Beziehung» . O. Thilo.
   b) «Ueber kryptogenet. Septicaemie» W. Vierhuff.
   c) «Zur Diagnose der Axendrehung» O. v. Schiemann.
   d) «Ueber die Blasenbrüche» . . . . L. Bornhaupt.
   e) «Ueber hereditäre Syphilis» . . . E. Mey.
   f) «Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse» . . . . Ed. Schwarz.

V. Sitzung von 3—7 Uhr.

. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber Ammenwahl und Brustnahrung» . . . . O. Klemm.
   b) Ueber den Werth d. Stückchendiag.» G. Weidenbaum.
   c) «Ueber uterine Blutungen» . . . O. Busch.
   d) «Zur Casuistik der Perforation» . Th. Pacht.
   e) «Ergebnisse einer Serie von 15 abdominalen Totalexstirpat.. d. Uterus» L. Kessler.
2. Berathung über etwa wünschenswerthe Abänderungen oder Ergänzungen der Statuten (§ 23).
3. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

7 Uhr Abends:

Schluss des X. Aerztetages.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Das Tuberculin TR. Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äusseren Tuberculose. Von Dr. W. Bussenius und Dr. H. Cossmann. (Berlin 1898. Verlag von August Hirschwald).

In interessanter und erschöpfender Weise behandeln die Autoren die Wirkung des Koch'schen TR-Tuberculin. Angewandt worden ist es von ihnen in 34 Fällen. Es hat sich aber gezeigt, dass beim Lungenspitzencatarrh kaum nennenswerthe Erfolge zu verzeichnen waren. Was die Kehlkopftuberculose anbetrifft, so wurde dieselbe ebenso, wie die tuberculösen Affectionen der Rachenorgane zuweilen günstig beeinflusst. Scrophulose der Halsdrüsen blieb unbeeinflusst. Eine Mastdarmfistel heilte. Was den Lupus anbetrifft, so ergab sich aus der Behandlung, dass eine constante günstige Einwirkung auf denselben nicht stattfindet. Auch aus der vielfach darüber vorhandenen Literatur kann man diesen Schluss ziehen, wennngleich über temporäre Heilung des Lupus zuweilen berichtet wird. — Ein abschliessendes Urtheil über den Werth des TR.-Tuberculin erlauben sich die Autoren noch nicht, da die bisherigen Erfahrungen ihrer Ansicht nach noch nicht genügend sind. Trotz der wenig ermuthigenden Resultate haben sie doch noch die Behandlung dreier neuer Patienten, zweier Lupuskranker und eines scrophulösen Kindes, mit den TR.-Injectionen begonnen, bei denen die probatorischen Einspritzungen von altem Tuberculin K. positiv ausgefallen waren.

Fr. Mühlen.

Schule der Pharmacie. Herausgegeben von Dr. J. Holfert, Dr. H. Thoms, Dr. E. Mylius, Dr. K. F. Jordan. II. Chemischer Theil. Bearbeitet von Dr. Hermann Thoms, Prof. und Docent für pharmaceutische Chemie an der Universität Berlin. Mit 106 in den Text gedruckten Abbildungen. Zweite verbesserte Auflage. (Berlin. Verlag von Julius Springer. 1898.)

Der vorliegende chemische Theil bildet den 2. der aus fünf Bänden bestehenden Schule der Pharmacie. Er enthält eine Einleitung, einen anorganischen und organischen Theil und einen Ueberblick über die Analyse, in der besonders die Maassanalyse genauer behandelt wird. Besondre Sorgfalt ist auf die Constitutionsformel verwandt worden, wodurch das Verständniss der complicirten chemischen Vorgänge sehr erleichtert wird. Das in verhältnissmässig kurzer Zeit nothwendig gewordene Erscheinen einer zweiten Auflage der Schule der Pharmacie zeigt zur Genüge, dass sie ihren Zweck erfüllt und sich als vorzügliches Lehrbuch dauernd ihren Platz behaupten wird.

Fr. Mühlen.

Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und der Thiere. Herausgegeben von O. Lubarsch, Prof. der pathologischen Anatomie an der Universität Rostock und R. Ostertag, Prof. der Hygiene an der thierärztlichen Hochschule in Berlin. Dritter Jahrgang. 1896. Wiebaden. (Verlag von S. F. Bergmann.

Der dritte Band der Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie repräsentirt einen stattlichen Band von 732 Seiten nebst einem Autoren- und Sachregister. Es ist schon vielfach in den verschiedensten Fachzeitschriften auf den eminenten Werth dieses Werkes aufmerksam gemacht worden, das sich durch seine Anlage und kritische Beleuchtung der neueren Ergebnisse in der Pathologie weit über einen gewöhnlichen Jahresbericht erhebt. In der allgemeinen Aetiologie werden die äusseren und inneren Krankheitsursachen, in der allgemeinen pathologischen Morphologie und Physiologie die Stoffwechsel-Pathologie, die Pathologie der Zelle, die Pathologie der Circulation und die Pathologie der Ernährung behandelt. Von besonders grosser Wichtigkeit ist die am Anfange eines jeden Capitels befindliche ausführliche und genaue Literaturangabe, die leicht und bequem ein Orientiren in den Originalarbeiten ermöglicht.

Fr. Mühlen.

Leitfaden der practischen Physik mit einem Anhange das absolute Maass-System von Dr. F. Kohlrausch, Praesident der physikalisch-technischen Reichsanstalt in Charlottenburg. Mit in den Text gedruckten Figuren. Achte vermehrte Auflage. Leipzig, Druck und Verlag von B. G. Teubner. 1896.

Dieser Leitfaden soll hauptsächlich dem physikalischen Uebungspraktikum dienen, er soll dem Prakticanten eine Stütze und ein Wegweiser bei seinen Arbeiten im Laboratorium sein. Ausführlicher bearbeitet sind in dieser Auflage die Technik der physikalischen Arbeiten, die moderne Electricitätserzeugung, die Untersuchung magnetischer Materialien, die Messung hoher Temperatur und Drucke, und die physikalisch chemischen Methoden. Besondere Sorgfalt ist auf die Electricitätslehre verwandt worden, und zur grösseren Veranschaulichung derselben sind die Figuren bedeutend vermehrt worden. Das Werk wird wahrscheinlich in den Specialzeit-



schriften einer genaueren Besprechung gewürdigt werden, hier sei nur darauf hingewiesen, dass das alle 3 Jahre nöthig gewordene Erscheinen einer neuen Auflage die beste Garantie für den Werth und die Anerkennung, welche dasselbe gefunden hat, ist.

Fr. Mühlen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

638. Sitzung. Dienstag 17. März 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz — Secretair: Herr Heuking.

Das Thema der Tagesordnung: Discussion über das Verhalten der Löffler'schen Bacillen nach abgelaufener Diphtherie und über die Dauer der Infectiosität der Diphtherie, wurde eingeleitet durch einen Vortrag des Herrn Hörschelmann («Ueberblick über die Entwickelung und den augenblicklichen Stand der Diphtherie-Bacillen») und einen Vortrag des Herrn Ucke (zum gegenwärtigen Stand der Diphtheriefrage).

Herr Hörschelmann: berichtet zunächst über die Entdeckung des Löffler'schen und des Hoffmann'schen Bacillus und über den Streit, der sich nun entspann, über die Trennung der Bacteriologen in zwei Lager, das der Unitarier und das der Dualisten. Nachdem dann in Kürze die von letzteren namhaft gemachten Unterscheidungsmerkmale zwischen dem sog. echten und dem Pseudodiphtherie-Bacillus angeführt worden, weist Ref. an der Hand der einschlägigen Literatur nach, dass alle diese Merkmale, seien sie morphologischer, cultureller oder biologischer Natur, bisher sich nicht als stichhaltig erwiesen haben. Am meisten Gewicht wird immer noch auf die vom echten D.-B. in Bouillon hervorgerufene Säurebildung sowie auf das Thierexperiment gelegt, obgleich auch diese beiden Untersuchungsmittel nicht stets zuzutreffen pflegen.

Bei dieser Unsicherheit und Schwierigkeit, die echten von den falschen Bacillen zu unterscheiden, musste es als ein Schritt vorwärts aufgefasst werden, wenn Spronck darauf aufmerksam machte, dass die durch Injection von grösseren Mengen von Pseudobacillen-Culturen nicht ganz selten hervorgerufenen örtlichen Veränderungen durch das Diphtherie-Heilserum nicht beeinflusst werden, während das bei den Folgewirkungen der echten Löffler'schen Bacillen stets der Fall ist. Diese Thatsache wurde auch von Fränkel bestätigt.

In der letzten Zeit nun scheint die Frage eine neue Wendung erfahren zu haben durch die Neisser'sche Doppelfärbung der Löfflerbacillen mit essigsaurem Methylenblau und Bismarkbraun. Im Wesentlichen handelt es sich bei derselben, die übrigens schon früher angewandt worden war, darum, dass die allen Bacterien der ganzen Gruppe eigenthümlichen sog. sporogenen Körner, die Polkörner nur bei den echten D.-B. hervortraten, bei den P.-B. dagegen stets vermisst wurden. Ein besonderes Gewicht legt Neisser ausserdem noch dem Umstande bei, dass neben den gefärbten (dunkel) Polkörnern auch die Contouren des Bacillenleibes scharf und deutlich ausgeprägt sein müssen. Aber auch dieses neueste Verfahren hat schon bereits in Stich gelassen und zwar Neisser selbst und Fränkel und auch Schanz warnt davor, sich auf die Neisser'sche Probe mit allzugrosser Sicherheit zu verlassen, während Heinersdorff im letzten Heft des Centralblatts für Bacteriologie etc. (März 1898) warm für die Neisser'sche Färbung eintritt. Es handelt sich um Versuche an 40 verschiedenen Xerosebacillusstämmen. Die Neisser'sche Doppelfärbung fiel bei allen, den Originalculturen nach 20—24 Stunden entnommenen Proben negativ aus, d. h. es zeigten sich gar keine Körnchen oder sehr spärliche und in atypischer Form. 6 zum Vergleich benutzte Stämme virulenter D.-B. gaben nach derselben Zeit durchaus positive Färbung. Sämmtliche Xeroseculturen waren beim Thierversuch völlig avirulent, die mit den D.-B. geimpften Thiere gingen alle ein. In der Breslauer und Rostocker Universitätsklinik wird bei der Conjunctivitis crouposa das Neisser'sche Verfahren jetzt regelmässig angewandt und sobald die Färbung positiv ausfällt, Serumtherapie eingeleitet. Bis jetzt hat die Färbungsmethode mit dem Ausfall des Thierversuch's regelmässig übereingestimmt.

Seit der Mittheilung Neisser's (Herbst 1897) ist noch eine zu kurze Zeit verflossen, um über den diagnostischen Werth der Doppelfärbung endgiltig aburtheilen zu können: es wäre zu wünschen, dass die Erwartungen, die man in sie setzt in Erfüllung gehen möchten.

Aus dem Vorhergehenden ist ersichtlich, dass es bisher noch nicht mit Sicherheit gelungen ist, die echten und die falschen D.-B. von einander zu trennen. Ob es je gelingen wird, ob überhaupt generelle Unterschiede zwischen ihnen bestehen, das zu entscheiden muss der Zukunft überlassen bleiben, desgleichen — den sicheren, unanfechtbaren Beweis dafür zu erbringen, dass der sog. Löffler'sche Bacillus in der That der Erreger der als Bretonneau'sche Diphtherie bekannten Krankheit ist. Ref. schliesst seine kurze Betrachtung mit den Worten Krause's:

Die 2 Fragen: Zu welchem Verhältniss stehen die P.-B. zu den virulenten D. Mikroben und—welche Wirkungen können sie im menschlichen Körper vollbringen?—können bisher noch nicht mit Sicherheit entschieden werden. Dagegen, dass die ersteren als nächste Verwandte und vielleicht als Abkömmlinge der letzteren betrachtet werden müssen, lässt sich kaum etwas anführen, ein Beweis dafür, dass sie unter Umständen in die virulente Varietät übergehen können, haben wir aber nicht.

Andererseits sehen wir nicht selten, dass die P.-B. sich im Körper des Menschen entschieden vermehren, während sie bei Versuchsthieren so gut wie ohne Wirkung bleiben. Können wir sie deswegen für ganz unschuldig halten? Nach den bisherigen bacteriologischen Erfahrungen sind wir zu solchen Schlüssen nicht berechtigt; denn eine Vermehrung von Bacillen innerhalb des lebenden Gewebes ist nie als indifferent anzusehen.

Herr Ucke: Durch den Vortrag des Herrn Dr. Hörschelmann waren in der vorigen Sitzung Fragen angeregt, die im Augenblick zu den brennendsten gehören und sicherlich eine lebhafte Discussion nach sich gezogen hätten, wenn nicht die späte Stunde es hätte erwünscht erscheinen lassen, dieselbe im Interesse des Gegenstandes auf die heutige Sitzung zu vertagen. Dem Vorschlag des Vorsitzenden heute die Hauptpunkte des Hörschelmann'schen Vortrages zu recapituliren und damit die Discussion einzuleiten komme ich mit Vergnügen nach, da sich mir dabei die Gelegenheit bietet einige Reflexionen anzuknüpfen, die, wie ich glaube von allgemeinem Interesse sein dürften. Das dem Gegenstande naheliegende Gebiet der mikroscopisch-bacteriologischen Diphtheriediagnose möchte ich auch mit einer Demonstration des mir zur Verfügung stehenden Materials illustriren.

Wie sich schon aus der Discussion des letzten Abends ergab, war die nächste Frage, die das Hauptinteresse beanspruchte, die, wie man die Diphtheriebacillen am schnellsten und sichersten entfernt, kurz gesagt, wie man eine erfolgreiche Desinfection der Mundhöhle ausführt und ob etwa das Formalin in solchen Fällen eine Rolle zu spielen verspricht? Die zweite Frage aber ergiebt sich für den negativen Ausfall der Beantwortung der ersten, ob solche Reconvalescenten mit Diphtheriebacillen als gefährlich für die Umgebung anzusehen sind?

Mit Recht betonte Dr. Lunin bereits in der vorigen Sitzung, dass schon die Tonsillen in der Mundhöhle einen Ort darstellen, der der Desinfection mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln fast unzugänglich ist; wenn man aber noch in Betracht zieht, dass auch die Nasenhöhlen, ja selbst die Nebenhöhlen der Nase Aufenthaltsort der Bacillen sein können, so müssen wir von vornherein von dem Vorhaben abstehen, den Bacillen auf dem Wege von Spülungen, Pinselungen, Douchen u. dgl. beizukommen. Das Formalin sollte allerdings in Dampfform in alle die Schlupfwinkel eindringen und seine Wirkung entfalten, wo wir mit Lösungen anzukommen nicht im Stande sind, aber wie unwahrscheinlich dies von vornherein ist, so hat auch die Praxis im gegebenen Fall das Gegentheil bewiesen. Theoretisch kann man vom Formalin auch nur eine Wirkung erwarten, wenn man beweisen könnte, dass dasselbe d. h. das gasförmige Formaldehyd in und durch Flüssigkeit und feste Körper, wie die Gewebssäfte es sind, zu dringen im Stande ist. Dies ist meines Wissens aber noch nicht bewiesen.

Wenn es aber selbst diese Fähigkeit besässe, so müsste es auf die Gewebe dieselbe Wirkung ausüben, dank der es für die Conservirung anatomischer Präparate verwendet wird und dann würde es einen derartig schädigenden Einfluss auf den Organismus haben, dass wir von der Anwendung des Giftes Abstand zu nehmen hätten. Sie sehen, m. H., wir kommen zum alten Satze, dass wir im Körper die Bacterien nicht vernichten können, ohne die Zellen des Organismus zu vernichten, weil die Mikroben in der Mehrzahl der Fälle bedeutend widerstandsfähiger sind als die Körperzellen [1]).

Die Geschichte der Therapie der Infectionskrankheiten, speciell auch der Diphtherie, die anfangs darauf ausging die Bacterien zu tödten, den Körper zu desinficiren, wie man die Gegenstände desinficirt und sterilisirt, zeigt uns jedoch einen andern Weg, auf dem wir unser Heil allerdings tastend suchen müssen.

[1]) Moeller (Görbersdorfer Veröffentlichungen, herausgegeben von Prof. R. Kobert. I. Stuttgart, Enke. 1898) hat Meerschweinchen in 4 aufeinanderfolgenden Tagen im Desinfectionsraum gehalten und fand sie munter und gefrässig. Harrington (The American Journal 1898, No. 1) dagegen kam zu entgegengesetzten Ergebnissen.



Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie unterliegen heute keinem Zweifel mehr und mit jedem Tage kommen wir der Lösung der Frage näher, wie wir uns das Zustandekommen der Heilwirkung des Serums vorzustellen haben.

Die Ehrlich'sche Theorie der Seitenkettenwirkung der Toxine giebt uns bereits einige Anhaltspunkte für das Verständniss des Zustandekommens von Intoxication und Immunität.

Das Wesen der Incubationsperiode bei den acuten Intoxicationskrankheiten, als deren Prototypen die Diphtherie und der Tetanus genauer erforscht sind, beruht darauf, dass die Toxine im Körper circulirend die Zellen befallen und allmählich eine Destruction derselben herbeiführen. Sahli hat diese Meinung vermuthungsweise ausgesprochen, Brunner und Uschinski haben durch Stoffwechselversuche in der Latenzperiode einen gesteigerten Stoffwechsel nachgewiesen und Ehrlich hat die Theorie aufgestellt, dass es Theile der Zellen sind, die sich mit dem Gift verbinden und nannte sie «toxophore Seitenketten».

Die Verbindung der Toxine mit den Seitenketten löst sich von der Zelle los und circulirt im Blut bis sie ausgeschieden wird. Ist die Menge der Toxine zu gross, so werden derartig tiefgreifende Veränderungen an der Zelle herbeigeführt, dass eine Regeneration nicht möglich ist. Beim Zustandekommen einer Immunität jedoch findet Neubildung der Seitenkette an der Zelle statt und zwar im Uebermaass; diese Ueberproduction von Seitenketten führt zum Abstossen derselben von der Zelle ins Blut und hier circulirend fangen sie das neu eintretende Toxin ab und machen es unschädlich.

Diese Theorie hat nun für den Tetanus durch die Ransom'schen und Wassermann-Takaki'schen Versuche einen eclatanten Beweis ihrer Stichhaltigkeit erhalten; dieselben zeigten, dass einerseits in der Substanz des Gehirnrückenmarks der Stoff enthalten ist, der das Tetanusgift neutralisirt, andrerseits bei Tetanusvergiftung das Toxin in allen Organen ausser dem Centralnervensystem nachweisbar ist.

Für die Diphtherie steht meines Wissens der exacte Nachweis noch aus, welche Organe hauptsächlich die Bindung des Toxins besorgen, doch scheinen den bekannten pathologisch-anatomischen Veränderungen nach zu urtheilen die parenchymatösen Organe — die Epithelien — dabei eine Hauptrolle zu spielen. Diese Ansicht scheint mir auch durch die täglich zu beobachtende Wirkung des Diphtherieheilserums bestätigt zu werden, denn wir sehen die bereits necrotisirten Epithelien mit dem Belage sich schnell abstossen, das Epithel sich regeneriren und das immune Epithel von den Toxinen nicht weiter angegriffen werden, obgleich die Bacillen darauf zu gedeihen fortfahren.

Wie das Diphtherieheilserum einen guten Nährboden für die Diphtheriebacillen darstellt, so bietet auch der menschliche Körper, zumal die Mundhöhle den Bacillen offenbar die besten Bedingungen zum Weiterwuchern; nur die Toxine werden durch die Seitenketten, die im Blut und den Gewebssäften circuliren, unschädlich gemacht und die Zellen durch die fortwährende Inanspruchnahme der Seitenketten zu weiterer Production derselben angeregt.

Die Zellen eines kräftigen Organismus werden nun immer zur Reproduction von Seitenketten befähigt sein, nicht dagegen die Zellen eines geschwächten Individuums. Darin liegt wohl auch der Grund der natürlichen Immunität gegen viele Krankheiten.

Wenn wir daher von einer erfolgreichen Desinfection der Mundhöhle und der anliegenden Höhlen Abstand nehmen müssen, so können wir die Träger als gefahrbringend ansehen nur für geschwächte Individuen, nicht aber für vollkräftige. Dem schwächlichen Organismus kann man durch Verleihung passiver Immunität (Heilserum) zu Hilfe kommen im Kampf gegen die Bacillen, der Kräftige wird genügend Seitenketten disponibel haben um sich selbst zu schützen.

Die hier näher besprochene Theorie der Toxinwirkung giebt uns auch die Mittel an die Hand ein Verständniss für den Umstand zu gewinnen, dass das Diphtherieheilserum nur im Beginn der Erkrankung, sagen wir der Intoxication seine Wirkung entfaltet, in vorgeschrittenen Fällen aber wirkungslos bleibt, ja vielleicht sogar schädlich sein kann. Nur wenn die Körperzellen noch nicht der Destruction durch die Toxine anheimgefallen sind, nur wenn das Antitoxin das Uebermass der Toxine im Kreislauf abfangen kann, können wir eine eclatante Wirkung erwarten.

Dies bringt mich auf einen anderen Fall von ätiologischer Therapie, für den die Wirkungsweise noch nicht so klar daliegt, aber doch Aehnlichkeit mit der hier erwähnten hat. Ich meine die Malaria, von der wir genau wissen, dass sie durch Chinin mit Sicherheit geheilt werden kann, wenn dasselbe rechtzeitig gegeben wird. Heutzutage wird Niemand bei Malaria Chinin in den fieberfreien Intervallen oder während der Höhe des pyretischen Stadiums verabfolgen; dagegen ist die Wirkung prompt, wenn ausreichende Dosen Chinin einige Stunden vor dem Anfall gegeben werden. Der weitere Vorgang bei der Chininwirkung ist uns unbekannt und helfen wir uns mit der Hypothese, die durch manche Beobachtungen gestützt ist, dass es die Plasmodien vergiftet, tödtet. Danach besitzt das Chinin, ein Protoplasmagift κατ'ἐξοχήν, die besondere Eigenschaft, das Protoplasma der niedern Lebewesen heftiger anzugreifen, wie die protoplasmatischen Gebilde höherer Organismen, im Gegensatz zu allen unsern sonst üblichen Desinficientien. Doch auch hier ist im Auge zu behalten, dass es nur junge Plasmodien schädigt, nicht ältere bereits widerstandsfähigere, Sporen ähnliche. Das darf uns nicht Wunder nehmen, denn Gleiches finden wir in den Versuchen von Nattal, der im humor aquens Milzbrandbacillen unweigerlich zu Grunde gehen sah, während die Sporen derselben zu üppigen Culturen auswachsen. Diese Abschweifung hatte den Zweck, auf Grund der auseinandergesetzten Ueberlegung den practicirenden Herrn Collegen den Vorschlag zu machen auch bei der Diphtherie das Chinin versuchen zu wollen. Es ist das ja fast das einzige relativ unschuldige zugleich wirksame Desinficiens, das wir dem menschlichen Körper einverleiben können, doch dürfen wir auch hier auf Erfolg nur im Anfangsstadium rechnen; wenn uns auch keine Sporen der Diphtheriebacillen bekannt sind, so müssen wir auch bei ihnen jedenfalls mit widerstandsfähigern Individuen rechnen. Der Vorschlag ist jedoch nicht nur auf theoretische Reflexionen gegründet, sondern stützt sich auf die Erfahrung, die ich in einer Anzahl von Fällen habe machen können, dass durch Chinin ein Schupfen oder eine gewöhnliche Angina sich mit Sicherheit coupiren lässt.

Wenn in der vorigen Sitzung erwähnt wurde, dass in der vorbacteriologischen Zeit, die Diphtheriereconvalescenten nie einer so langen Isolationshaft unterworfen wurden, wie jetzt und trotzdem von eclatanten Uebertragungen den Herrn Collegen nichts bekannt wurde, so lässt sich entgegenhalten, dass damals auch die Möglichkeit nicht gegeben war die Wege der Uebertragung zu verfolgen und viele Erkrankungen unerkannt geblieben sind wegen ihres leichten Verlaufs. Ich möchte jedoch daran erinnern, dass das Auftreten ganzer Epidemien und sporadischer Fälle stets etwas räthselhaftes an sich gehabt haben, während wir erst jetzt einen gewissen Einblick in den Gang zu gewinnen im Stande sind.

Wie lange sich die Bacillen im Munde erhalten können, ergeben die Veröffentlichungen der letzten Zeit. Golay in Genf hat bei einem Manne ein Jahr lang Diphtheriebacillen im Munde nachweisen können, Yessen — 5 Monate.

Simonin und Benoit gewannen von einem Soldaten eine virulente Diphtheriecultur 376 Tage nach dem Ablauf einer schweren Diphtherie. Die letzteren Autoren halten an dem Begriff einer «Diphtherie larvée» fest, worunter sie den Bacillenbefund ohne Vorhandensein von Belägen und Intoxicationserscheinungen verstehen. Diese larvirte Diphtherie ist aber gerade die gefährlichste für die Verbreitung der Krankheit.

Nach alledem müssen wir uns unbedingt für die Isolirung der Reconvalescenten mit positivem Bacillenbefund aussprechen, sofern wir nicht die Garantie haben, deren Umgebung bis zu einem gewissen Grade immun gegen Diphtherie zu wissen. Dies ist im alltäglichen Leben natürlich nicht durchführbar.

Damit komme ich nun zur letzten Frage, deren noch Erwähnung geschehen muss, das ist die bakteriologische Diphtheriediagnose und deren jetziger Stand. Mit ihr machen wir heute dieselben Erfahrungen, wie sie derzeit mit der Cholera gemacht worden sind: ein anfangs in seinen Characteren äusserst feststehender Mikroorganismus hat sich als sehr variabel erwiesen und alle die unbedingt sichern differentialdiagnostischen Merkmale sind unsicher geworden. Die Form und Grösse, die specifische Färbung, das Wachsthum auf den Nährböden, die chemischen Producte in den Culturen, Alles weist Abweichungen auf und hat zur Aufstellung eines Pseudodiphtheriebacillus geführt, der endgiltig nur durch das Fehlen der Virulenz für Thiere ausgezeichnet war; doch auch dies Praerogativ ist ihm durch den echten Diphtheriebacillus streitig gemacht worden.

Ganz abgesehen davon, dass wir gar nicht im Stande sind alle Proben bis zur Virulenzprüfung inclusive in jedem einzelnen Fall auszuführen, zumal das Resultat meist recht rasch gewünscht wird, so hat es practisch auch keinen grossen Werth. Wenn vielleicht bei einem oder dem andern Reconvalescenten einer der vielen Pseudobacillen eine längere Isolation mit sich bringt, so ist das besser, als wenn wir einen virulenten Bacillus zu früh unter die Leute bringen. Den Bacillus richtig zu erkennen und zu isoliren, muss schon der Geschicklichkeit und Erfahrung des betreffenden Untersuchers anheim gestellt werden, denn wie ein erfahrener Praktiker manche Krankheit ohne typischen Verlauf an Nebenumständen zu erkennen im Stande ist, so kennt der Bakteriologe geringe Merkmale, die nicht genau in die landläufigen Beschreibungen hereinpassen. Die Consequenzen aus dem Be-





funde hat der behandelnde Arzt individualisirend zu ziehen. Der typische Diphtheriebacillus stellt ein Stäbchen etwa von der Länge des Tuberkelbacillus dar und zeigt bei Färbung mit Anilinfarben eine ungleiche Vertheilung der Farbe in seinem Innern. Es würde mich zu weit führen, wenn ich näher darauf eingehen wollte, worauf dies Phaemomen beruht, das muss ich jedoch erwähnen, dass diese Eigenschaft von Neisser verwerthet wurde für die von Babes und Ernst zuerst angegebene Färbung mit Methylenblau und Vesuvin, die er für differentialdiagnostisch wichtig gegenüber dem Pseudobacillus ansieht. Diese Färbung, bei der die Stäbchen gelb und in ihrem Innern kleine Körnchen schwarz (nicht wie Neisser und viele andere behaupten blau, denn auch Babes und Ernst haben nur von schwarzen Körnchen gesprochen) erscheinen, giebt in vielen Fällen die Möglichkeit rasch zu einer positiven Diagnose zu gelangen. Allein eine ganze Gruppe von Stäbchen, die die deutsche Schule für Pseudodiphtheriebacillen ansieht, während die letztern von der französischen Schule gar nicht anerkannt werden, giebt diese Färbung nicht: es ist das die sog. kurze Form, die den Autoren nach weniger virulent sein soll und wie Simonin und Benoit beobachtet haben aus der langen Form im Munde hervorgehen können.

Ich selbst habe in einem Falle die lange Form in die kurze übergehen gesehen, in einem andern gleichzeitig aus einer Probe beide Formen isoliren können. Es giebt jedoch auch noch weitere Spielarten. Die Colonie der gewöhnlichen Löfflerschen Stäbchen hat auf Serum einen etwas gelblichen Farbenton; doch gelang es mir in einem Falle neben den typischen Bacillen, ein morphologisch absolut gleiches Stäbchen zu isoliren, das eine citronengelbe Farbe der Colonien aufwies. Aehnliches ist auch von andern Autoren schon beschrieben worden. Endlich möchte ich noch erwähnen, dass ich aus Smegma, bei Versuchen Smegmabacillen zu isoliren, ein Stäbchen erhielt, welches sich morphologisch und culturell dem Diphtheriebacillus ausserordentlich ähnlich erwies.

Aus den oben angeführten Ueberlegungen möchte ich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1) So lange in der Mundhöhle eines Diphtherieconvalescenten verdächtige Bacillen gefunden werden, ist derselbe einer Jsolation zu unterwerfen. Dabei kann individuell in jedem Falle vorgegangen werden, insofern ein Glied einer Familie unter gewissen Cautelen in diese zurückgebracht werden kann, während vor dem Besuch öffentlicher Anstalten zu warnen ist.

2) Die Aufstellung einer Art von Pseudodiphtheriebacillen, die als bedingungslos ungefährlich angesehen werden kann, ist nicht zulässig.

3) Unser Streben soll neben therapeutischen und Quarantainemaassregeln dahin gehen in der Gesellschaft, zumal bei Kindern durch hygienische Maassnahmen Hebung der natürlichen Immunität zu erzielen.

(Autoreferat).

Herr Schmitz fragt bei den Vortragenden an, ob die Beobachtungen welche dafür sprechen, dass auch im Rachensecrete von vollständig gesunden Menschen Löffler-Bacillen sich aufhalten können, wirklich zuverlässig seien. Der von H. Hörschelmann in der vorigen Sitzung erwähnte Fall aus Christiania scheint dem Redner nicht ganz beweiskräftig zu sein, da die 18 Soldaten, die scheinbar gesund waren und trotzdem den Löfflerbacillus in der Mundhöhle aufwiesen, in inficirten Räumen und in inniger Berührung mit Diphtherie-Kranken lebten. Es scheint ihm wahrscheinlich, dass diese 18 scheinbar — Gesunden, doch auch eine, wenn auch nur leichte und von ihnen selbst vielleicht nicht beachtete Angina durchgemacht haben.

Herr Ucke: Sicher nachgewiesen ist, dass im Mund- und Rachensecrete solcher Personen, die weder locale noch allgemeine Krankheitserscheinungen irgendwelcher Art aufweisen, vollvirulente Diphtheriebacillen enthalten sein können. Ob nun diese Bacillen sich auf Gesunden angesiedelt haben, oder ob sie die Nachzügler irgend einer vor kürzerer oder längerer Zeit überstandenen u. wegen ihres leichten Verlaufes unbeachtet gebliebenen Angina sind, — das wird wohl kaum je mit voller Sicherheit zu entscheiden sein.

Herr Lunin. Interessant sind die Untersuchungsbeweise, welche Roux an den Bewohnern eines Dorfes ausgeführt hat, das zur Zeit als vollständig diphtheriefrei angesehen werden musste. Es stellte sich bei diesen Untersuchungen heraus, dass in der Mundhöhle an 20 Dorfbewohnern virulente Löfflerbacillen vorhanden waren, ohne dass auch nur einer dieser 20 Menschen weder Spuren von Erkrankung aufwies noch auf sich erinnerte, eine Angina durchgemacht zu haben.

Zur Frage der localen Desinfection der Nasen- und Rachenhöhle übergehend, führt Referent aus, wie alle Versuche eine solche durch Spülung oder Pinselung auszuführen, bisher gescheitert sind. Dies darf auch garnicht in Erstaunen setzen, wenn man bedenkt, dass es nicht einmal dem Chirurgen gelingt, seine Hände vollständig keimfrei zu machen, trotz des energischsten Maltraitirens derselben mittelst Bürste, Seife, heissen Wassers und einer Anzahl verhältnissmässig recht concentrirter antiseptischen Flüssigkeiten. Auf welche Weise will man da den Bacterien beikommen, die sich in all den verborgenen Schlupfwinkeln der Mund- und Nasenhöhle eingenistet haben? Von vornherein scheint es denn auch sehr unwahrscheinlich zu sein, dass man durch das Einathmen der Formalindämpfe zu besseren Resultaten gelangen werde.

Die klinische Beobachtung einzelner Fälle scheint den Schluss zu gestatten, dass ein radicales Mittel gegen die diphtheritische Angina eine tüchtige acute Streptokokkenangina sei; die Streptokokken räumen, wie es scheint, mit den Löffler-Bacillen gründlichst auf. Leider könne man nicht daran denken, in therapeutischer Beziehung von diesem Mittel Gebrauch zu machen.

Herr Hörschelmann: In den Seruminjectionen besitzen wir ein vortreffliches Mittel, um die bereits von dem kranken Organismus aufgenommenen Toxine unschädlich zu machen. Hiermit ist aber nur ein Theil der therapeutischen Indicationen erfüllt: unbedingt müsse auch auf die an den Tonsillen und deren Umgebung haftenden Bacillen vernichtend eingewirkt werden. Dies muss geschehen, wenn aus keinem anderen, so schon aus dem Grunde, weil die Gefahr der Ansteckung der den Kranken umgebenden Personen es unbedingt erfordere. Aus diesem Grunde möchte Hörschelmann die lokale Behandlung keineswegs für überflüssig erklären. Die Erfahrungen die er in dem mitgetheilten Falle mit der Einathmung der Formalindämpfe gemacht hat, hält er für derart beachtenswerth, dass er dieses Mittel der ferneren Prüfung seitens der Collegen wohl empfehlen möchte.

Herr Schomacker referirt über einen Fall von Diphtherie faucium bei einer Dame, in dem das Formalin allem Anscheine nach sehr gute Dienste geleistet hatte. Am 5. Tage nach dem Auftreten der Beläge begann er Formalindämpfe einathmen zu lassen, und 2 Tage nach Beginn der Einathmungstherapie waren die Beläge fort und im Rachensecret weder Löfflerbacillen noch Streptokokken mehr nachweisbar. Dieses Resultat der Formalineinathmungen müsse zu weiteren Versuchen ermuntern.

Eine locale Desinfection des Rachens sei durchaus anzustreben, um die Bacillen unschädlich zu machen. Es drohe sonst stets die Gefahr des Recidivs dem Kranken selbst, und die Ansteckungsgefahr der Umgebung. Auch auf protrahirter Isolirung des Kranken müsse bestanden werden, da die Virulenz der im Rachen auch nach Schwund der Beläge zurückbleibenden Löfflerbacillen festgestellt ist. Auch sind aus der Literatur gut constatirte Fälle bekannt, wo in Familien die Diphtherie dadurch verbreitet worden ist, dass die zuerst erkrankten u. im Hospital untergebrachten Kinder daselbst einer zu kurz dauernden Quarantäne unterworfen wurden.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Juli. d. J. 7384 (14 wen. als in d. Vorw.), darunter 589 Typhus — (38 mehr), 845 Syphilis — (93 mehr), 110 Scharlach — (11 wen.), 137 Diphtherie — (1 mehr), 28 Masern — (1 wen), und 9 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis zum 18. Juli 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
337	268	605	170	48	104	17	7	20	54	40	49	37	25	25	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 10, Diphtherie 23, Croup 2, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 2, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 137, Todtgeborene 33.

Дозв. ценз. Спб. 25 Іюля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 11

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 1. (13.) August 1898

Die ersten 3 Jahre meiner augenärztlichen Thätigkeit.

(Ein statistischer Vergleich mit den Angaben der jährlich nach verschiedenen Theilen Russlands abgesandten augenärztlichen «Fliegenden Colonne»).

Von

Dr. med. Eugen Heymann.

In Riga, einer Stadt mit 250,000 Einwohnern, mit einem streng durchgeführten System von hygienischen Gesetzen, mit einer von aussen fast frappant erscheinenden Sauberkeit, giebt es einen grossen Theil der ärmeren Bevölkerung, dem noch die allerersten Begriffe einer rationellen Hygiene abgehen. Im speciellen Falle brachten es die Verhältnisse mit sich, dass mir, dem neuhinzugekommenen Augenarzte, gerade jener Theil der armen und ärmsten Bevölkerung zur Verfügung stand. Das Bild wird nicht getrübt, wenn ausserstädtische Patienten mit registrirt wurden. Auch diese gehörten den ärmeren Klassen an. Hauptsächlich waren es Russen, Letten und Juden der Nationalität nach, die in vielen Fällen erst dann den Arzt zu Rathe ziehen, wenn's schon nichts mehr zu helfen giebt. Es muss sich darum meine Beobachtungsreihe denjenigen an die Seite stellen können, die in poliklinischen Instituten, welche ja auch die ärmere Bevölkerung behandeln, aufgestellt worden sind. Ein Vergleich mit solchen ist gewiss sehr lohnend und interessant. Leider stehen mir solche Statistiken nicht zu Gebote und ich halte mich an die Angaben, die bei Dolganoff (Отчетъ о дѣятельности летучаго глазнаго отряда въ Епифанскомъ уѣздѣ, Тульской губерніи. СПб. 1895) und bei Walter (Archiv f. Augenheilk. Bd. XXX, Heft IV) gemacht sind. Ich kann dieses umsomehr, als auch sie eine Clientel nicht besonders intelligenter, in den meisten Fällen armer Patienten hatten. Ebenso wie bei Walter, wurden alle einzelnen Krankheiten gesondert notirt, so dass mancher Patient, der an verschiedenen Krankheiten, sagen wir etwa Trachom und Ulcus corneae, oder Ulcus und Iritis litt, zwei Mal, ja vielleicht drei Mal registrirt ist. Doch dadurch erhalten wir ein viel brauchbareres Material, als wenn der betreffende Krankheitsfall einfach unter der Rubrik «Lid-, Hornhaut- u. s. w. Erkrankungen» eingetragen ist. Bei den Erkrankungen der Linse wurde, falls beide Augen an derselben Affection litten, der Fall als einfach hergestellt. (Bei Walter Abweichung hiervon). Unter «Kindern» verstehe ich das Alter bis 15 Jahren. Unter «Excessiver Myopie» sind die Fälle über — 10,0 Dioptrien zu verstehen. Die Erkrankungen der Cornea, welche zu unregelmässigem Astygmatismus geführt haben, sind unter die Rubrik «Astygmatismus irregularis» nicht registrirt, da hierbei ja kein Gesetz obwaltet, aus dem die Statistik etwas für sich herleiten könnte. Hat ein Trauma sowohl Conjunctiva, als Cornea und Linse u. s. w. afficirt, so ist das unter den einzelnen Rubriken mit verrechnet worden.

I. Erkrankungen der Lider und der Bindehaut.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Conjunctivitis acuta	24	12	12	48
» chronica	38	30	5	73
» phlyctänulosa	4	5	38	47
Blennorrhoea adultorum	11	2	—	13
» neonatorum	—	—	14	14
Trachoma acutum	8	3	2	13
» chronicum	75	69	12	156
Blepharitis marginalis	18	7	21	46
Eczema palpebrarum	2	—	—	2
Abscessus »	3	2	1	6
Trauma »	4	—	—	4
Chalazion	7	1	2	10
Hordeolum	14	2	4	20
Atherom	—	1	—	1
Ptosis cong.	—	3	1	4
Fibrom.	—	2	—	2
Papillom	1	—	—	1
Cyste	—	1	—	1
Entrop c. Trichiasi.	13	20	—	33

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Ectropium	2	1	—	3
Symblepharon	1	5	—	6
Pterygium	2	1	—	3
Lagophthalmus	2	2	—	4
Corpora aliena in conj.	20	5	2	27
Hämorrhagien	17	5	3	25
Summa	266	169	117	552

II. Erkrankungen der Cornea.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Keratitis superfic.	5	5	4	14
» phlyct.	3	2	14	19
» parench.	1	2	5	8
Hypopyonkerat.	4	1	1	6
Ulcus corneae	14	15	2	31
Abscessus corneae	4	2	—	6
Infiltrata corneae	11	8	3	22
Pannus trach.	18	34	2	54
Xerosis	2	—	—	2
Maculae corneae	18	16	9	43
Leucoma part.	5	6	—	11
» adhaer	7	7	5	19
» totale	1	2	1	4
Staphylomata	2	5	—	7
Kerat. Frühjahrskat.	—	—	2	2
Herpes corneae	—	1	—	1
Verbrennungen	2	1	—	3
Corpora aliena	13	3	—	16
Tätowirung	2	3	—	5
Dermoid	—	2	—	2
Keratoconus	—	1	—	1
Keratoglobus	—	1	—	1
Keratitis e lagophth.	—	1	—	1
	112	118	48	278

III. Erkrankungen der Thränenwege.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Dacryocyst. acuta	3	6	—	9
» chronica	17	32	4	53
Ectasia sacci lacry.	10	13	—	23
Fistula sacci nasal.	5	8	3	16
	35	59	6	91

IV. Erkrankungen des Uvealtractus.

A. Der Iris und des Ciliarkörpers.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Verschiedene Iritiden	11	3	2	16
Seclusio pupillae	5	2	1	8
Occlusio »	3	1	1	5
Prolapsus iridis	3	2	1	6
Hippus	1	—	—	1
Coloboma cong.	—	1	—	1
» aquisitum.	7	3	—	10
Iridodialysis	2	1	—	3
» cyclitis	5	4	1	10
Anisocoria	—	1	—	1
	37	18	6	61

B. Choroidea.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Chorioditis centr.	5	3	—	8
» disseminata	2	1	—	3
Chorioditis myopic.	17	9	1	27
Coloboma choroid.	—	1	1	2
Choroiditis metast.	—	1	—	1
	24	15	2	41

C. Glaucom.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa
Glaucoma prodrom.	3	4	—	7
» acut.	2	1	—	3
» chronic. simpl.	5	2	—	7
» absolutum	15	11	—	26
» hämorrhag.	1	1	—	2
Secundärglaucom	1	1	—	2
	27	20	—	47

D. Retina und Nervus opticus.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Neuroretinitis	1	1	—	2
Neuritis retrobulb.	3	1	—	4
Retinitis pigment.	2	2	4	8
» albuminur.	—	2	—	2
» hämorrhagica	3	2	—	5
Chorioretinitis	3	1	—	4
Ablatio retinae	5	3	—	8
Atrophia N. opt.	10	3	2	15
Hemeralopia	2	—	—	2
Thrombose V. centr.	1	—	—	1
Angeb. Amaurose	8	3	—	11
	38	18	6	62

V. Erkrankungen des Linsensystems.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Aphakia	4	—	—	4
Luxatio lentis	2	2	2	6
Cataracta sen. inc.	11	4	—	15
» non matura	6	11	—	17
» matura	7	10	—	17
» hypermatura	3	1	—	4
» nuclearis	1	—	—	1
» zonularis	—	—	3	3
» traumatica	7	1	—	8
» secundaria	4	2	—	6
» glaucomatosa	3	2	—	5
» polaris ant.	1	2	1	4
Nachstaar	2	3	—	5
	50	38	6	94

VI. Erkrankungen der Sclera.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Scleritis	4	3	—	7
Episcleritis	3	3	—	6
	7	6	—	13

VII. Erkrankungen der Muskeln und Nerven

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Paralysis oculomotorii	3	2	—	5
» N. abducentis	4	—	—	4
Ptosis paralytic.	2	2	—	4
Nystagmus	—	1	2	3
Strabismus converg.	5	4	5	14
» divergens	4	2	1	7
Insuffic. internorum	2	1	—	3
» Accomodationis	—	1	—	1
Neuralg. trigemini	3	2	—	5
Associirte Lähmung	1	—	—	1
Accomodationskrampf	2	3	—	5
	26	18	8	52

VIII. Erkrankungen bei Refraction.

	Männer.	Weiber.	Kinder.	Summa.
Myopia excessiva	23	14	4	41
»	56	9	2	67
Hyperopia	59	38	8	105
Astigmatismus myop.	15	7	1	23
» hyper.	8	3	2	13
» mixtus	4	6	—	10
Anisometropia	8	2	—	10
	173	79	17	269
Presbyopia	36	18	—	54
	209	97	17	323

IX. Erkrankungen des Glaskörpers.

	Männ.	Weib.	Kind.	Summa.
Blutungen	3	2	—	5
Trübungen	9	6	—	15
Persistenz der Art hyaloid.	—	1	—	1
	12	9	—	21

X. Bulbus.

	Männ.	Weib.	Kind.	Summa.
Anophthalm. ex oper.	5	4	—	9
Phthisis bulbi	20	12	3	35
Microphthalmus cong.	—	—	2	2
Buphthalmus	—	—	3	3
	25	16	8	49

XI. Orbita.

	Männ.	Weib.	Kind.	Summa.
Caries orbitae	1	—	2	3
Tumor infraorbit.	1	1	—	2
Trauma	2	—	—	2
	4	1	2	7

Es betrug demnach die Gesammtzahl der Erkrankungen 1700. Mit denselben waren behaftet.

Männer 880 oder 51,8°/o
Weiber 594 » 35 »
Kinder 226 » 13,2 »

Stellen wir einen Vergleich in Bezug auf die Vertheilung der einzelnen Krankheitsfälle auf Geschlecht und Alter an, so würde es nicht rathsam sein gerade hierfür die Angaben Dolganoff's oder Walters zu Rathe ziehen, da ersterer ausdrücklich betont, dass die Frauen viel häufiger die ärztliche Hülfe aufsuchten, als die Männer. Letztere waren eben um die Zeit der Thätigkeit der fliegenden Colonnen—Sommer—mit Feldarbeiten zu sehr beschäftigt. Darum ist der Procentsatz der Frauen dort ein viel grösserer. Bei Dolganoff stellt er sich wie folgt: Bei einer Gesammterkrankung von 2116 waren behaftet

Männer 747 oder 35,3°/o
Weiber 920 » 43,5 »
Kinder 449 » 21,1 »

Bei Walter: Bei einer Gesammtzahl von 2154 Kranken

Männer 913 oder 42,4°/o
Weiber 878 » 40,8 »
Kinder 363 » 16,8 »

Würden die Angaben Walter's denen von mir und Dolganoff in Bezug auf die Gesammterkrankung gleich gemacht worden sein, so glaube ich, dass die Unterschiede nicht allzubedeutend wären und wenn wir in Berücksichtigung ziehen, dass in diesen speciellen Fällen die Frauen sich mehr einfanden, so herrscht doch im Vergleich der grossen Reihe das eiserne Gesetz vor, dass die Männer etwa mit 50°/o, die Frauen mit 35°/o und die Kinder mit 15°/o an der Gesammtzahl der Augenerkrankungen betheiligt sind. Eine gewisse Bestätigung hierfür finden wir in den Angaben Belljarminoff's (Очеркъ дѣятельности летучихъ окулистическихъ отрядовъ въ 1894 г. Спб. 1895). Auch hier finden sich fast gleiche Verhältnisse und da hierbei die Zahlen der fliegenden Colonnen sprechen, die nach verschiedenen Theilen Russlands abdelegirt waren, so könnte man wohl ohne fehl zu gehen behaupten: die ärmere Bevölkerung des Landes, d. h. Bauern, und die nicht besonders hygienisch versorgte Einwohnerschaft der Städte sind in Bezug auf Augenkrankheiten fast gleich belastet. In beiden Fällen kommt sowohl die Mittellosigkeit, als auch die Unmöglichkeit sich ärztliche Hülfe zu verschaffen hinzu. Wenn es schon von besonderem Interesse ist in Bezug auf Geschlecht und Alter übereinstimmende Daten zu erhalten, um so interessanter müsste es sein statistisch die einzelnen Arten der Erkrankungen zu vergleichen.

Die Erkrankungen der Lider und der Conjunctiva betrugen nach meinen Beobachtungen 552, darunter

266 Männer oder 48 °/o
169 Weiber » 30,6 »
117 Kinder » 21,4 »

In der Zahl der Gesammterkrankungen nehmen sie mit 552 Fällen 32,5°/o aller Krankheitsfälle ein. Bei Dolganoff sind sie mit 33°/o, bei Walter mit etwa 50°/o vertreten. Walter führt die grosse Menge von Conjunctivalerkrankungen auf die in der flachen und vegetationsarmen Steppengegend dem Orte seiner Thätigkeit — herrschenden Winde — zurück. Bei Belljarminoff sind die Erkrankungen der Lider und der Bindehaut bis an 60°/o angegeben. Dieses ist auf die beträchtliche Menge von Trachom, welches ja in Russland so stark vertreten, zurückzuführen. Doch sehen wir weiter wie es gerade mit dem Trachom, dieser Volkskrankheit κατ᾽ἐξοχήν bestellt ist. Unter meinen Kranken ist das Trachom mit 169 Fällen verzeichnet. Rechnen wir noch hinzu 36 Fälle von En- und Ectropium, dann die Menge von Pannus, Infiltraten, trachomatöser Ulcera, Xerosis u. s. w., so würde sich die Ziffer gewiss bis auf 300 erheben, was etwa 18°/o aller Erkrankungen ausmachen würde. Es würde dieses ungefähr entsprechen den Angaben Hirschbergs (Centralblatt für practische Augenheilkunde, Januar 1898), der nach Erkundigungen für Riga die Zahl c. 200°/oo also c. 20°/o registrirt. Troszdem glaube ich, dass diese Zahlen eher zu klein, als zu gross angegeben und möge es wohl daher kommen, dass gerade beim chronischen Trachom Fälle unter chronischer Blennorhoea oder gar unter chronischer Conjunctivitis registrirt werden, so bald keine Narben, keine Affectionen der Cornea u. s. w. zu verzeichnen sind. Es sind das jene Erkrankungen der Conjunctiva, wobei sich letztere als blassrothes, an den Uebergangsfalten stark gewulstetes zum Theil verdicktes Gewebe praesentirt. Es ist auch nicht immer leicht zu sagen, ob das ein Folgezustand von Trachom, Folliculararcatarrh oder chronischer Conjunctivitis oder sogar Blennorrhoe ist. In Gegenden, wo das Trachom so recht verbreitet, wird dieser Zustand fast immer auf eine trachomatöse, doch in diesem Falle nicht zu starke Infection zurückzuführen sein. Wollte man, wie gesagt, auch diese Fälle unter Trachom registriren, der Procentsatz dieser Erkrankung würde sich beträchtlich heben. Bei Walter ist der Procentsatz für Trachom mit 30°/o angegeben, in den fliegenden Colonnen mit 32°/o. Wir könnten wohl mit Recht behaupten, da auch hier ja Beobachtungen aus dem ganzen Reiche vorliegen: Die ärmere, hygienisch schlecht versorgte Bevölkerung Russlands ist mit 30°/o Trachomfällen an den Gesammterkrankungen des Auges betheiligt. Es giebt gewisse Orte im weiten russischen Reiche, wo diese Geissel stärker vertreten und fast das ganze Gebiet der Ophthalmoiatrie beherrscht; sprechen doch dafür die alljährlich erscheinenden Berichte der Landschaftsärzte, spricht doch hiefür die grosse Menge der Blinden durch Trachoma eine noch viel beredtere Sprache.

An Erkrankungen der Hornhaut sind 278 Fälle registrirt. Davon

Männer 112 oder 40,3°/o
Frauen 118 » 42,5 »
Kinder 48 » 17,2 »

Die Hornhauterkrankungen betragen 16°/o aller Fälle. Bei Dolganoff sind sie mit 25°/o, bei den andern fliegenden Colonnen mit 10,6°/o, bei Walter hingegen mit 28°/o registrirt. Nach Cohn betragen die Erkrankungen der Hornhaut 25°/o aller Augenerkrankungen. Wir sehen, dass auch hierfür gewisse übereinstimmende Momente gegeben sind, da sich der Procentsatz um 20 herum bewegt.

Die Erkrankungen der Lider, Binde- und Hornhaut lassen aber einen Schluss ziehen auf die hygienischen und sanitären Verhältnisse eines Bezirkes. Sie sind es ja gerade, die theils durch Infection von Individuum zu Individuum sich verbreiten. Sie sind es ja welche uns andeuten, dass in den Wohnungen der Betreffenden noch lange nicht jener nothdürftigste Comfort vorhanden, der

für die Erhaltung der Gesundheit so sehr von Wichtigkeit. Zusammensein von vielen Menschen in kleinen Räumen, Rauch, Staub, schwere Arbeit bei schlechter Ernährung sind die Grundmotive zur Hervorbringung dieser beträchtlichen Morbiditätsziffer. Dazu kommt noch für die Hornhauterkrankung die Scrophulose und Syphilis hinzu, um das Bild grausiger zu gestalten. Ein grosser Theil aller Erblindungen ist schon auf diese Erkrankungen allein zurückzuführen. Die weiteren Erkrankungen der Iris, Linse, Uvea u. s. w. dürften nicht mehr ein so treues Bild pandemischer und epidemischer Krankheitsentfaltung liefern. Hier spielt mehr das Individuelle die Rolle, doch auch hier wie überall in der Natur herrscht die Nothwendigkeit mit eiserner Strenge.

Die Erkrankungen der Choroidea Retina und Iris nebst den Folgezuständen betragen 173 Fälle, was 10,2% der Gesammtfälle ausmacht. Davon ist die Choroidea mit 41 Fällen = 2,4%, die Retina mit 62 Fällen = 3,7% und die Iris mit 61 Fällen = 4,0% aller Erkrankungen betheiligt.

Nach Dolganoff beträgt die Affection des Uvealtractus 10%, nach Cohn 8—9%. Bei Walter ist die Gesammtsumme nicht registrirt, doch berichtet er, dass die Erkrankungen des Opticus und der Retina = 2,7 aller Kranken (nicht Krankheitsfälle), die der Iris 3,2% aller Kranken ausmachten. Nach den Berichten der fliegenden Colonnen sind Retina und Opticus mit 5,6%, Iris mit 3,8% vertreten. Wir sehen, dass auch hier sich, merkwürdiger Weise, eine gewisse Gesetzmässigkeit nicht hinwegleugnen lässt.

In Bezug auf Glaucom habe ich 47 Fälle zu verzeichnen, d. h. 2,8%. Bei Dolganoff steigt die Zahl bis auf 6%. Bei Walter ist sie mit 2% aller Kranken angegeben. In den Berichten der fliegenden Colonnen ist sie mit 4,5%, im Odessaer Krankenhaus mit 2% verzeichnet. Wir sehen hier die Thatsache obwalten, dass in dem Krankenmaterial der fliegenden Colonnen das Glaucom stärker obwaltete, als in der Privatpraxis. Sollte dieses wirklich darauf zurückzuführen sein (Bonwetsch, Petersb. med. Wochenschrift, 1877), dass die Sclera der slavischen Bevölkerung rigider sei, als die der Westeuropäer? Vielleicht hat sich eine grössere Menge von absolut Erblindeten der rettenden Hand des Arztes gestellt?

An Erkrankungen der Linse sind bei mir 94 Fälle = = 5,5% aller aufgeführt. Nach Cohn betragen sie 6%. Bei Dolganoff sind sie mit 9,2% verzeichnet. Bei Walter beträgt die Procentzahl 8,5%. Obgleich die Unterschiede nicht gewaltig, so ist auch das in Betracht zu ziehen, dass die Zahl der Stadtkranken, die zu den fliegenden Colonnen pilgerte, um Hülfe zu bekommen, eine grössere sein wird, als beim practischen Augenarzte in der Stadt; die städtischen Kranken suchen in solchen Fällen die Klinik oder die geübte Hand eines renomirten Ophthalmologen auf. Doch, wie gesagt, es bewegen sich die Zahlen nicht eben in weiten Grenzen.

Die Erkrankungen der Thränenwege sind bei mir mit 91 verzeichnet, was 5,5% aller Fälle ausmacht. Doch subtrahiren wir hiervon 16 Fälle, die zugleich mit Fistelbildung einhergingen, so bleiben 4,5%. Bei Walter sind sie blos mit 2%, in den fliegenden Colonnen 2,5—2,9% verzeichnet. Es würden sich also meine Angaben decken mit den Angaben des Petersburger Augenhospitals, wo sie mit 4% registrirt sind. Walter führt die geringe Zahl bei den fliegenden Colonnen auf den Mangel an Scrophulose auf dem Lande zurück. Auch bei Dolganoff sind sie mit etwa 2.3% vertreten.

Unter meinen Patienten litten hauptsächlich Juden an acuter und chronischer Thränensackerkrankung. Hier wird wohl die Scrophulose, vielleicht die besondere, mehr schräge Stellung des Thränennasenganges eine Rolle spielen.

Die Erkrankungen der Refraction und Accomodation sind mit 323 Fällen, d. h. ca. 19% vertreten. Davon kommen auf die Myopie über — 10,0 Diopt 41 Fälle = 13% aller Refractionsanomalien.

Interessant sind Vergleiche meiner Befunde mit denen Dolganoff's, Walter's und der anderen fliegenden Colonnen; zeigt sich ja gerade hier der Ausdruck der im Volke herrschenden Bildung. Während Cohn die Brillensuchenden in Deutschland mit 40% aller Erkrankungen registrirt, waren dieselben bei Dolganoff nur mit 1,9%, bei Walter mit 10% vertreten, wobei Walter hervorhebt, dass gerade die bessere Klasse die Gelegenheit benutzte, sich ein Glas zu verschreiben. Auch im Hospital zu Odessa beträgt der Procentsatz nicht mehr als 7%, während er sich in Petersburg bis auf 28% hebt. Walter kann für dieses abnorme Verhalten des Odessaer Hospitals keinen Grund angeben. Meine 19% würden etwa beweisen, dass bei uns die Bevölkerung doch noch nicht so niedrig steht in Bezug auf Bildung, denn das Verlangen nach einer Brille bedeutet doch immer eine gewisse culturelle Befähigung.

Das Verhältniss der Myopie zur Hypermetropie plus Presbyopie stellt sich bei meinen Fällen wie 1 : 1,5. Bei Walter ist für Mariupol (Süden Russlands) das Verhältniss wie 1 : 2. In Petersburg hingegen wie 1 : 4. Bei den fliegenden Colonnen wie 1 : 5. Diese Zahlen würden sich etwa so deuten, dass die Hypermetropen viel eher den Arzt aufsuchen als Myopen geringen Grades. Vielleicht ist die geringere Zahl der Myopen mittleren Grades in Russland darauf zurückzuführen, dass daselbst eine besondere Anstrengung in litteris nicht stattfindet, kein Schulbesuch, keine Nahearbeit das Auftreten der Myopie begünstigt.

In meiner Versuchsreihe ist jedenfalls die grosse Zahl excessiver Myopie auffallend. Erwähnen wir noch, dass gerade die jüdische Bevölkerung die Hauptzahl dieser Myopen abgiebt, so ist vielleicht nicht ausgeschlossen, dass eine gewisse Prädisposition in der semitischen Race für hohe Grade von Myopie vorhanden ist.

Die Erkrankungen der Muskel und Nerven des Auges sind mit 52 Fällen, d. h. mit 3% vertreten. Walter berichtet, dass von seinen 32 Patienten nur einer sich einer Schieloperation unterzog. Auch bei meinem Material konnte ich die Beobachtung machen, dass die Patienten sich sehr ungern einer Schieloperation unterwarfen. Das Volk verlangt eben Hülfe, aber keine kosmetischen Verbesserungen.

Ziehen wir nunmehr das Facit aus dieser kleinen Beobachtungs- und Vergleichsreihe, so muss es jedenfalls auffallen, dass der Procentsatz derjenigen Erkrankungen, welche der Unwissenheit des Volkes, dem antihygienischen Verhalten desselben ihre Entstehung verdanken, sowohl bei mir, als auch bei den fliegenden Colonnen fast der gleiche ist. Wo die Möglichkeit einer Infection gegeben ist, steigt sogar der Procentsatz bei der Bevölkerung auf dem Lande noch höher und sehen wir, dass die Trachomziffer in den fliegenden Colonnen sich um Vieles höher stellt, als bei uns. Gerade dieses Umsichgreifen des Trachoms, welches für eine lange, lange Zeit den Patienten arbeitsunfähig macht, um ihn nachher der totalen Erblindung zuzuführen, musste die Aufmerksamkeit der Commune auf sich lenken. Ich masse mir ja nicht an, irgend einen Vorschlag zu machen, da ja die bedeutende Erblindungsziffer den Anstoss zur Bildung der fliegenden Colonnen abgegeben hat; jedenfalls wäre eine Durchführung der Anträge Prof. Kuhnts in Königsberg (Behandlung der granulösen Conjunctivitis. Jena 1898) eine zu beherzigende Thatsache. Doch man sollte nicht glauben, dass in den Städten, wo es unentgeltlichen Empfang giebt, wo eine Menge Augenärzte lebt, sich die Trachomziffer viel geringer stellt. Es mögen wohl



schwere Folgezustände beseitigt werden, aber auch in der grossen Stadt thut es Noth an einer regelrechten Bekämpfung der Seuche. Die socialen Verhältnisse sind *hier* eben stärker, als Cuprum und Argentum. Die andern Augenerkrankungen stellen sich bei der russischen *Land*bevölkerung in denselben Procentverhältnissen, wie bei uns und nur die Unmöglichkeit, die nöthige Hülfe zu bekommen, bewirkt dort eine höhere Erblindungsziffer. Wie sollte es auch anders sein? Bedingen beim russischen Bauern schlechte Ernährung, Unkenntniss der Hygiene, gewisse Erkrankungen, so sind sie bei der armen städtischen Bevölkerung ja auch vorhanden. Compensirt vielleicht die gute frische Luft, die der Bauer einathmet, einen Theil des Procentsatzes der Augenerkrankungen durch Scrophulose, Tuberculose u. s. w., so erhebt wiederum die Syphilis das Procent zu einem Niveau, wo sie wiederum beide sich gleich werden. Nur wo die Volksbildung ihr Wort spricht, da sehen wir den bedeutenden Unterschied hervortreten. Die Zahl der Brillentragenden und Brillensuchenden ist verschwindend klein gegen die städtischen Kranken, die mehr oder weniger alle lesen und schreiben. Vielleicht würde durch eine streng durchgeführte Volksbildung mit der Zeit zwar sich das Procent der schwachen Myopen heben, aber gewiss würde bei dem eintretenden Verständniss für Hygiene und Selbsterhaltung das Procent für Lid- und Hornhauterkrankung, für unrettbare Erblindung sinken. Der Segen, den die fliegenden Colonnen unter die ärmere Bevölkerung des weiten russischen Reiches ausstreuen, wer wollte ihn hinwegleugnen, aber auch in der Stadt thut es Noth, denn dieselben Zahlen für epidemische Krankheitsformen sprechen hier und dort eine gar zu leicht verständliche Sprache.

Kurze Bemerkung zu der Mittheilung von G. Reusner: „Zur Frühdiagnose der Gravidität".

Von

Dr. med. A. Christiani (Helmet).

R. weist in obiger Mittheilung auf die Pulsation der Corpusäste der Uterina als characteristisch für Gravidität hin und will dieselbe bei erst 4 Wochen alter Schwangerschaft als die Diagnose sicherstellend verwerthen. Wie R. ja auch selbst angiebt fühlt man diese Pulsation aber auch bei nicht gravidem Uterus in Fällen, wo die inneren Genitalien sich im Zustande der Congestion befinden; wenn man nur direct darauf achtet, so kann man aber die pulsirenden Arterien auch bei ganz normalem Genitalbefunde fühlen und ist dasselbe je nach den anatomischen Verhältnissen sowie nach der Erregbarkeit der betreffenden Persönlichkeit ein individuell vollständig verschiedenes. Reusner glaubt nun gefunden zu haben, dass diese Pulsation bei der Gravidität exquisit deutlich hervortrete und vergleicht sie mit dem schnellenden Puls der Arterien in der Umgebung entzündlicher Processe. Ausser in der Gravidität hat er daher diese exquisit deutliche Pulsation auch nur noch bei acuten Entzündungen des Uterus sowie seiner Anhänge beobachtet. Wie jedem Practiker, der häufig in die Lage kommt, gynäkologisch zu untersuchen aber längst bekannt ist, findet man diese starke Pulsation auch bei sonstigen hyperaemischen Zuständen der inneren Genitalien so z. B. auch bei chronischer hyperplastischer Endometritis, bei kleinen Myomen etc. Die Pulsation ist eben nur der Ausdruck für mehr oder weniger ausgesprochene Hyperämie der Beckenorgane und glaube ich daher, dass man bei Verwerthung derselben zur Diagnose der Gravidität schon in der 4. Woche der Schwangerschaft sich häufig wohl schweren Irrthümern aussetzen dürfte, da man ja nicht einmal sicher ist, ob das Pulsiren der Arterien nicht etwa von der prämenstruellen Congestion eines normalen resp. verspätet eintretenden Monatsflusses hervorgerufen wird. Besonders bei gerichtlichen Begutachtungen haben wir uns ja rein auf den objectiven Befund zu stützen, da alle anamnestischen Daten gefälscht sein können.

Im Grunde sind dieses ja aber Alles ganz bekannte Thatsachen und hätte sich R. von denselben in jedem Lehrbuch der Geburtshülfe überzeugen können, denn leider muss ich ihn darauf aufmerksam machen, dass die Pulsation auch schon vor ihm bei Beurtheilung der Gravidität Beachtung gefunden. Schröder, Runge, Schauta erwähnen sie zwar nicht direct, führen aber unter den mit Wahrscheinlichkeit für Gravidität sprechenden Zeichen bekanntlich auch Hyperämie der inneren Genitalien an und zur Hyperämie gehört eben auch erhöhte Pulsation. Da R. aber trotzdem vielleicht behaupten könnte, dass letzteres garnicht so selbstverständlich, wie ich es hier darstelle, und Schröder, Runge, Schauta, da sie die Pulsation nicht extra erwähnen, auch nichts von derselben geahnt haben, so muss ich ihn schon ersuchen auch die Lehrbücher von Winkel, Winter und Martin durchzusehen, in denen direct vom Pulsiren der Arterien gesprochen wird. Martin z. B. sagt bei Aufzählung der Symptome der Gravidität im 1. und 2. Monat: am Uterus und an seinen Seiten werden kräftig pulsirende Gefässe fühlbar.

Da es R. jetzt vielleicht scheinen könnte, er habe, da Martin sein neu entdecktes Symptom scheinbar so nachdrücklich schon vor ihm hervorgehoben, wenigstens das Verdienst auf die vernachlässigte Würdigung desselben hingewiesen zu haben, so muss ich leider auch hierin seine Illusionen zerstören, da kaum genannt das Symptom auch sofort auf seinen richtigen Werth reducirt wird, indem alle genannten Autoren hinzufügen, dass demselben, da es eben bei allen möglichen anderen Zuständen vorkommt, keine Bedeutung beizulegen sei.

Da R. auch von der Verwerthbarkeit der Pulsation bei Extragravidität spricht, so möchte ich zum Schluss hier nur noch erwähnen, dass, wie jedem Fachgenossen wohl erinnerlich, bei ectopischer Schwangerschaft die Pulsation für die Diagnose früher eine gewisse Rolle spielte, da bei der Einbettung des Eichens in der Tube, die übrigen Zeichen der Congestion, als Succulenz und Weichheit des Uterus, sowie der Portio, livide Verfärbung und Durchfeuchtung der Scheidenschleimhaut etc. häufig fehlten, während wie auch bei anderen Adnextumoren, die Pulsation der Arterien allein den Zustand der Hyperämie in irgend einem Bezirke der inneren Genitalien anzeigte. Aus oben dargelegten Gründen wird der schnellende Puls aber auch bei Grav. extrauterina jetzt nur noch als Adjuvans berücksichtigt.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

638. Sitzung. Dienstag 17. März 1898. (Schluss).

Herr Masing spricht sich auch energisch für die Beibehaltung der auf eine locale Desinfection des Rachens gerichteten Bestrebungen aus; unbedingt müsse durch sie die Serumtherapie ergänzt werden. Letztere vermag allerdings die perniciöse Wirkung der in den Organismus bereits aufgenommenen und in ihm kreisenden Toxine zu paralysiren; ausserdem sollen aber nach Möglichkeit auch die Bacterien im Rachen abgetödtet werden, um der Bereitung der Toxine selbst vorzubeugen. Man soll sich in diesen Bestrebungen nicht durch den Einwand irre machen lassen, dass es unmöglich sei, durch Pinselung oder Inhalation sämmtliche im Rachen befindlichen Bacillen abzutödten; dies sei gar nicht erforderlich; es genügt vollständig, die rapide Proliferation der Bacterien einzuschränken. Mit einem gewissen Quantum Toxine wird der widerstandsfähige Organismus selbst fertig, besonders unter Mithülfe der Seruminjectionen; dagegen komme es darauf an, gerade gegen den gefährlich werdenden Ueberschuss an Toxinen vorzugehen, und das kann man eben nur, wenn man

seine Quelle, die Bacillen selbst vernichtet. Aehnliche Ueberlegungen leiten ja die Chirurgen und Accoucheure bei ihren Desinfectionsbemühungen; sie wissen sehr gut, dass ihnen eine absolute Sterilisirung des Operationsgebietes und ihrer Hände kaum je gelingen wird; trotzdem gelingt es ihnen, durch diese Manipulationen, die Schädlichkeit soweit herabzusetzen, dass der Organismus aus dem Kampfe mit den in ihm verbliebenen Bacterien siegreich hervorgeht. Man muss mit der Desinfection des Rachens ungefähr dasselbe zu erreichen suchen, was der Bacteriologe durch fractionäre Sterilisation anstrebt, d. h. durch wiederholtes Desinficiren immer weiter auf die nachwachsenden Bacillen einwirken.

Herr Hörschelmann stimmt den Ausführungen des Vorredners voll bei. Da die Wirkung der Löfflerbacillen, selbst solcher, die im Rachen von scheinbar Gesunden vorgefunden wurden, allerseits zugestanden wird, so ergebe sich hieraus die Verpflichtung, auf die Zerstörung derselben durch bactericide Mittel hinzuarbeiten. Die von ihm referirten Krankengeschichten, seine eigene Familie betreffend, sprechen ja dafür, dass die Ansteckung der übrigen Familienglieder seitens eines Patienten, der nachweislich virulente Diptheriebacillen in seinem Rachen führte, durchaus nicht stets stattzufinden braucht, nicht einmal dann, wenn durch bereits bestehende Streptococcenanginen der Boden zur Ansteckung in hohem Grade vorbereitet ist. Doch ist die Möglichkeit der Ansteckung unter solchen Verhältnissen immer vorhanden, und man ist verpflichtet sein Möglichstes zu thun, um sie abzuwenden.

Herr Möhlenfeldt (als Gast) hat sich davon überzeugt, dass die in der Nasenhöhle wachsenden Diphtheriebacillen, auf andere Individuen verimpft, sich alle virulent erweisen. Er hat Reinculturen solcher Bacillen hergestellt und sie Meerschweinchen injicirt; diese gingen unter den Erscheinungen der Diphtherie zu Grunde. Im Peter-Paulhospital hat er von der Präservativinjection bei der Infectionsgefahr ausgesetzten Kindern vorzügliche Resultate gesehen. Es handelte sich um das Auftreten von fibrinöser Laryngitis an Kindern, zu einer Zeit, als im Hospital Diphtherie-Kranke untergebracht waren. Er injicirte zu 300 Einheiten und wiederholte die Injectionen, wenn nöthig, nach 3 Wochen. Von jenen Kindern, denen keine derartigen Injectionen gemacht wurden, erkrankten 26%; von jenen dagegen denen in der angegebenen Weise prophylactisch Behring'sches Serum injicirt wurde, wurden nur 6% inficirt, und obendrein durchweg in leichteren Formen.

Herr Anders. Die vom Vorredner mitgetheilten Erfahrungen bezüglich der fibrinösen Laryngitis, veranlassen Herrn Anders jener noch gar nicht lange zurück liegenden Zeiten zu gedenken, wo die fibrinöse Laryngitis als eine Krankheit sui generis angesehen, und ätiologisch von der Diphtherie getrennt wurde. Damals wurden in den Kinderhospitälern die Croupösen, d. h. mit Laryngitis fibrinosa Behafteten, nicht auf der diphtherit. Abtheilung untergebracht, sondern in anderen Krankenräumen, — oft sogar mit anderen Kranken in denselben Räumen vereinigt. Redner hat auf der chirurg. Abtheilung des Elisabethkinderhospitals oft eine ganze Anzahl solcher Kranken gehabt, die vor, während und nach ausgeführter Tracheotomie dort lagen, und ganz unzweifelhaft in einem mehr oder weniger regen Verkehr mit ihrer Umgebung standen. Trotzdem kann er sich keines Falles erinnern, in dem Uebertragung der Krankheit auf eins der übrigen Kinder der Abtheilung stattgefunden hätte. Von dem Standpunkte unseres jetzigen Wissens aus, muss man doch jene Fälle von fibrinöser Laryngitis auch als Diphtherie ansehen. Ebenso unzweifelhaft geht aber aus der eben dargelegten über viele Jahre sich erstreckenden Erfahrung hervor, dass die Gefahr der Uebertragung bei diphtheritischer Laryngitis keine sehr grosse sein kann.

Seitens mehrerer Mitglieder der Gesellschaft wird diesen Ausführungen des H. Anders beigestimmt. Es wird zugegeben, dass eine Verbreitung der Diphtherie durch solche Kranke unzweifelhaft erfolgen könne, dass sie aber erfahrungsgemäss nicht häufig erfolgt.

Herr Lunin stimmt den Ausführungen des H. Anders bei, macht jedoch darauf aufmerksam, dass auch noch heute nicht jeder Fall von fibrinöser Laryngitis auf der Anwesenheit von Diphtheriebacillen zu beruhen braucht; es giebt höchst wahrscheinlich eine Form von nicht infectiöser fibrinöser Laryngitis, und es ist sogar anzunehmen, dass in früheren Jahren Erkrankungen an dieser Form häufiger waren.

Zu der Frage übergehend, wie lange ein Kind, nach Schwund der Rachenaffectionen und wiederhergestelltem allgemeinem Wohlbefinden, noch aus Rücksicht auf die Umgebung in Haus und Schule isolirt zu halten sei, empfiehlt Lunin sich doch an die Erfahrungen zu halten, die durch tausendfältige Beobachtungen in der Praxis sich bewährt haben. Er zweifelt gar nicht daran, dass die überwiegende Mehrzahl der Aerzte, geleitet von ihren Erfahrungen in Hospitälern und Familien, sich dahin aussprechen wird, dass eine etwa 2—3 Wochen nach erfolgter Reinigung des Rachens durchgeführte Quarantäne vollständig genüge, um alle Gefahren für die Haus- und Schulgenossen so gut wie auszuschliessen. Danach soll man handeln, und nicht sich durch extreme, auf bacteriologische Erwägungen begründete Bedenken verleiten lassen, überaus lästige und in consequenter Weise nicht einmal durchführbare Vorsichtsmassregeln durch unbestimmbar lange Zeiträume fortzusetzen.

Herr Hörschelmann stimmt im Princip Dr. Lunin durchaus bei; die von ihm referirte Geschichte der Erkrankungen in seiner eigenen Familie haben ihm ja auch den Beweis geliefert, dass ein Kind, welches noch einzelne Löfflerbacillen im Rachen führt, durchaus nicht seine Miteinwohner anzustecken braucht. Dennoch muss zugestanden werden, dass der Arzt, von dem die Weiterführung oder die Sistirung der Quarantaine abhängt, in eine peinliche Situation geräth, wenn die bacteriologische Prüfung des Rachensecretes bei dem sonst bereits gesunden Kinde die Existenz von virulenten Löfflerbacillen ergiebt. Von diesem Gesichtspunkt aus wäre es zu wünschen, dass unter den practischen Aerzten eine vollständige Einigkeit in der Auffassung solcher Fälle sich herstellen liesse, damit es nicht passiren könne, dass die Meinung des einen Collegen durch die abweichende eines anderen in den Augen des Publicums desavouirt werde.

Herr Masing findet den eben ausgesprochenen Wunsch des Vorredners sehr berechtigt. Ein gutes Mittel, um dem Publicum gegenüber nicht in eine unangenehme Lage zu gerathen würde darin bestehen, dass man den Eltern und Schulvorständen genügende Aufklärung darüber zukommen liesse, dass es keineswegs nothwendig sei, die Quarantainemassregeln von dem Resultate der bacteriolog. Untersuchung abhängig zu machen. Die obrigkeitliche Bestimmung, eine 3-wöchentliche Quarantaine vor dem Beginne des Schulbesuches eintreten zu lassen, hat sich in praxi als vollständig genügend herausgestellt, um alle Gefahren für die Mitschüler fernzuhalten, und an diesen Termin sollten sich die practischen Aerzte durchweg halten.

Am Schlusse der Discussion fragt Anders, ob mittelst gasförmiger Desinficientien, zu denen ja auch Formalin gehöre, überhaupt eine energische Wirkung auf Bacterien zu erzielen sei. So weit ihm bekannt ist, haben die früheren Bestrebungen das Chlorgas und die schweflige Säure zu solchen Zwecken zu verwenden, keine günstigen Resultate erzielt.

Herr Ucke erwiedert hierauf, dass die Resultate allerdings recht ungenügende waren.—Der Anwendung gasförmiger Antiseptica stellen sich am lebenden Menschen überhaupt Schwierigkeiten entgegen. Von dem Chlorgas und der schwefligen Säure kann überhaupt nicht die Rede sein; ihre bactericide Eigenschaft kann nur darauf beruhen, dass sie sich zu Chlorwasserstoff und Schwefelsäure umsetzen, und die Anwendung solcher chemisch energischer Körper ist ja am Lebenden undenkbar. Das Formalin kann schliesslich auch nur durch Ueberführung der Eiweisskörper in geronnenen Zustand wirken, ähnlich wie es an Geweben geschieht, die behufs Conservirung in eine Formalinlösung getaucht werden. Dieselbe Wirkung können Formalindämpfe allerdings, etwa beim Einathmen, an der Oberfläche der Mund- und Nasenhöhle hervorrufen; doch wird die Wirkung aber nur eine ganz oberflächliche bleiben, denn unter die einmal gesetzte Schicht von gefällten Albuminaten können die Dämpfe nicht weiter eindringen.

Er möchte den pract. Aerzten empfehlen, doch mit dem Chinin Versuche zu machen; möglicherweise könnte man durch dieses Mittel, kraft seiner Eigenschaft als Plasmagift, eine Art innere Desinfection der Körpergewebe bewirken.

Herr Dobbert kann aus der Zeit, wo ihm, vor einigen Jahren, die Thätigkeit des Desinficirens im Peter-Paulhospital anvertraut war, auch nur bestätigen, dass von den damals üblichen gasförmigen Mitteln sich kein einziges als energisch wirksames erwiesen hat. Milzbrandbacillen widerstanden mit dem besten Erfolge allen, selbst den concentrirtesten, Dämpfen. Aus diesem Grunde möchte er auch an der Zweckmässigkeit der neuerdings so sehr aufgekommenen käuflichen Formalin-Sterilisatoren zweifeln.

Herr Hörschelmann wendet gegen letztere Behauptung ein, dass die seitens einiger Firmen, wie etwa Schering, betriebene Reklamirung ihrer Apparate, doch nicht ohne alle wissenschaftliche Grundlage erfolgt sei. Speciell was die Einwirkung der Formalindämpfe auf Bacterien anbetrifft, verweise er nochmals auf die bereits herangezogenen Experimente Fairbank's, welche ihm doch recht beweisend erscheinen, und zu ferneren Versuchen geradezu auffordern.

Streifen von Leinewand und anderen Stoffen wurden mit Reinkulturen von Bacillen getränkt. Nach beendeter Formalinräucherung erwiesen sie sich als steril. An Kaninchen, die Fairbanks in den mit Formalindämpfen erfüllten Räumen einsperrte, konnte er constatiren, dass sie die Dämpfe ohne alle Störung vertrugen — nicht einmal eine Conjunctivitis pflegte darnach einzutreten. Wie bereits erwähnt,



konnte Hörschelmann auch an seiner Tochter keine schädlichen Folgen der Formalinräucherung beobachten.

Herr Schmitz: macht auf neuere Untersuchungen von Abba und Rondelli[2]) aufmerksam, deren Resultate den Fairbanks'schen direct widersprechen; ihnen zufolge soll den Formalindämpfen so gut wie gar keine bactericide Einwirkung zukommen.

Beide Forscher gelangen zu folgenden Schlusssätzen:

Das Formaldehyd im gasförmigen Zustande besitzt für sich allein fast gar kein Penetrationsvermögen.

Betten, Wäsche, Kleider u. s. w., die, wenn auch locker, aufeinander liegen, werden, mag der Raum auch noch so klein sein, in ihrem Innern und an verdeckten Stellen nicht sterilisirt.

Frei hängende Kleider aus dünnen Stoffen lassen sich sterilisiren.

Die Desinfection der Oberfläche von Möbeln, der Wände und des Fussbodens, besonders in den Ritzen, lässt sich selbst unter den günstigsten Bedingungen nicht mit Sicherheit erhalten.

Die mit Formaldehyd vorgenommenen Desinfectionen sind langwieriger und kostspieliger als die mit Subl. vorgenommenen.

Vermischtes.

— Verstorben: 1) Am 21. Mai in Iwanowo-Wosnessensk Dr. J. A. Mukossejew, 34 J. a (Wr.). — 2) In Kronstadt O. S. Krassowski, 62 J. a. (Wr.). — 3) Am 26. Juni der jüngere Arzt der Flotteneequipage !A. W. Muratow, 30 J. a. (Wr.). — 4) Am 24. Mai in Nikolajew K. A. Chomizky, 64 J. a. (Wr.) — 5) In Charkow. G. S. Ryndowski. 84 J. a. (Wr.). — 6) In Krakau der dortige Professor der Chirurgie A. Obalinski, 55 J. a. — O. hat sich durch zahlreiche Arbeiten, namentlich auf dem Gebiet der Magen- und Darmchirurgie, bekannt gemacht. — 7) Am 28. Juli in Wien Professsor Leopold R. v. Dittel im 84. Lebensjahr. Seine Thätigkeit als Chirurg, namentlich aber als Urolog ist weltbekannt.

— Am 2. October a. c. feiert die Moskauer chirurgische Gesellschaft das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Vom 12.—16. December a. c. wird in Petersburg der erste Allrussische Congress für Klimatologie, Hydrologie und Balneologie stattfinden. Die Bedeutung des Congresses für die Entwickelung der russischen Curorte ist um so höher zu veranschlagen, als die Anregung von der einflussreichen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ausgeht. Die Theilnehmer sollen, wie die «Nowoje Wremja» mittheilt, freie Eisenbahnfahrt erhalten. Interessenten stellen wir das ausführliche Reglement und Programm des Congresses gern zur Verfügung.

[2]) Zeitschrift f. Hygiene, 27 Heft. p. 49.

— Auf der vom 26.—29. Juli a. c. in Edinburgh abgehaltenen Jahresversammlung der British medical Association ist zum ersten Mal eine Section für «Medicin in Beziehung zur Lebensversicherung» thätig gewesen. Folgende äusserst interessante Daten entnehmen wir der Eröffnungsrede des Vorsitzenden der Section, Claud Muirhead. In Grossbritannien (dem vereinigten Königreich) sind 43,7% der Bevölkerung — Männer, Frauen und Kinder jeden Alters — in irgend einer Form versichert. Das letzte dem Parlament vorgelegte Blaubuch der Versicherungsgesellschaften macht folgende Zahlenangaben: das Prämieneinkommen betrug 26.755.857 Pfund Sterling, die Anzahl der Policen 17.403.680, die versicherten Summen 714.418.787 Pfund Sterling (also ca. 7 Milliarden Rbl.). Schon aus diesen riesigen Ziffern ergiebt sich die grosse Verantwortlichkeit der Aerzte, die ja zum Versicherungswesen die mannigfachsten Beziehungen haben. — In der Rede wird ferner hervorgehoben, dass, wenn auch auf Grund der Tabellen sich genau bestimmen lässt, wieviele von einer gewissen Anzahl gesunder Männer ein gewisses Alter erreichen werden, wieviele in jedem Jahre sterben werden, — es doch unmöglich ist, eine solche Bestimmung für die einzelnen Individuen zu machen. Als wichtige Aufgabe der Section stellt Muirhead hin, für gewisse Krankheitsgruppen ebensolche Tabellen über die muthmassliche Lebensdauer auszuarbeiten, wie sie für gesunde Menschen existiren.

(British med. Journal vom 6. August).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis zum 25. Juli 1898.

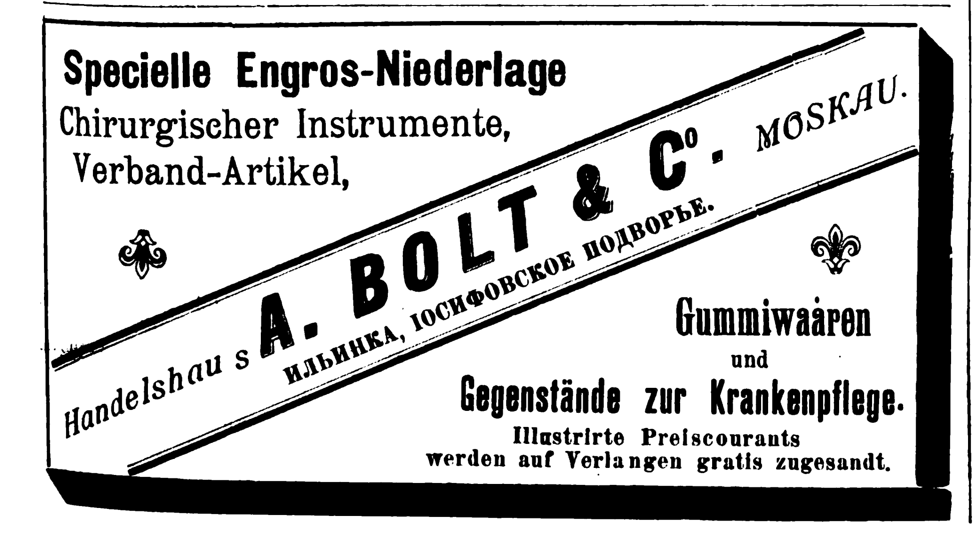
Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
347	265	612	152	41	115	12	9	18	54	52	49	46	34	19	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 15, Scharlach 14, Diphtherie 19, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 4, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 116, Todtgeborene 27.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймоновской ул. д. 4, кв. 11.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Торговый домъ АЛЕКСАНДЕРЪ ВЕНЦЕЛЬ,
С.-Петеубургъ, Гороховая 33.
ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ.
Поставщикъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ.

Перевязочныя средства, бандажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенснэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:
Молочной муки и сгущеннаго молока Г. НЕСТЛЕ въ Веве.



ICHTHYOL

wird mit Erfolg angewandt:

bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Lungentuberkulose, bei Hals-, Nasen- und Augenleiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Die Ichthyol-Präparate werden von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch. Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg.

KISSINGEN. **Dr. C. Dapper's Sanatorium.**
— Neues Kurhaus —
Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen.
Geöffnet **April—Januar.** Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(51) 19—12.

Kurhaus Woltersdorfer Schleuse bei Berlin Stat. Erkner.
Physikalisch-diätetische Heilanstalt.
Dirigirender Arzt: **Dr. med. A. Pritzel.**
Das ganze Jahr geöffnet.

Gelegenheitskauf!
Wenig gebrauchte, fast neue ärztl. Instrum. aller Gattungen, sauber vernickelt u. desinficirt verkaufe billigst unter weitgehendster Garantie.
Specialität:
Einrichtg. pract. Aerzte.
Ed. Schreiber Berlin N.,
Ziegelstr. 26, gegr. 1873.
Katalog versende gratis und franco

PASTILLES VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer
l'EAU ALCALINE GAZEUSE

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 1 Августа 1898 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 8. (20.) August 1898

Zur Behandlung der Variola mit Ichtyol.

Von

Dr. Ernst Hoerschelmann,

älterem Ordinator am Nicolai-Kinderhospital in Petersburg.

Lassen sich wohl die acuten Exantheme zu einer Gruppe zusammenfassen in Folge ihrer Eigenthümlichkeit, als ein charact. Symptom die Localisation der Erkrankung auf Haut und Schleimhäuten darzubieten, so muss man, was die Behandlung betrifft, die Variola von Morbillen und Scarlatina entschieden trennen. Während bei letzteren beiden die Hautaffection keiner besonderen Therapie bedarf, sie auch ohne unser Zuthun in bestimmter Zeit zurückgeht, ohne bleibende Spuren zu hinterlassen, ist dieses bei der Variola nicht der Fall; hier ist es von jeher das Streben der pract. Aerzte gewesen, einerseits den Gefahren, die das Eiterungsstadium für den Kranken mit sich bringt, wirksam entgegen zu treten, andrerseits die entstellende Narbenbildung zu verhüten. Die Hauptgefahr, die dem Pockenkranken droht, erwächst ihm aus dem Suppurationsstadium und zwar wird diese Gefahr bedingt sowohl durch den Eiterungsprocess in den Pusteln als solchen, als auch durch die consecutive Entzündung der Haut in der Umgebung der Pusteln; als Ausdruck dieser beiden Processe dient das hohe Fieber. Würde es uns nun gelingen, durch eine Behandlungsweise den Eiterungsprocess hintanzuhalten, resp. schon bestehende Eiterung zu unterdrücken, so würde sich der Verlauf der echten Pocken als bedeutend gefahrloser gestalten, als wir ihn im Augenblick aufzufassen gewohnt und gezwungen sind. Wie wir aus der nachfolgenden kurzen Uebersicht aus der Literatur ersehen werden, fehlt es aber bisher noch an einer Behandlungsmethode, die dieser Indication genügt oder die wenigstens allgemeine Anerkennung sich verschafft hätte und Gemeingut der Aerzte geworden wäre. Zum Theil mag das ja wohl seinen Grund dem Umstande verdanken, dass die Pocken, dank der Jennerschen Schutzimpfung, aufgehört haben, eine Geissel der Menschheit zu sein und grössere Epidemien kaum mehr vorkommen. Nichtsdestoweniger erwächst uns die Aufgabe, auch bei den einzelnen Krankheitsfällen, die ja nie aufhören werden, nach Kräften die von der Krankheit Befallenen vor den Gefahren und den verunstaltenden Folgen derselben zu bewahren. Das ist der Grund, der mich bewogen hat, ein Mittel den Fachgenossen zur weiteren Prüfung und Anwendung vorzuschlagen, das sich mir in einem Fall als wohl empfehlenswerth erwiesen hat.

Die bis 1885 besonders empfohlenen Behandlungsmethoden unterzieht Reimer in einem in demselben Jahr im Verein St. Petersburger Aerzte gehaltenen Vortrag (St. Petersb. med. Wochenschr., № 19 u. 20, 1885) einer kritischen Besprechung, in welcher er nach seinen Erfahrungen (1300 Fälle) denselben nicht das Wort zu reden vermag. Weder die von Weidenbaum (Dorpat) empfohlene Salbe (Ungt. ciner. 9,0 Sapo kal. 17,0, Glycerin 30,0), noch die von Swarth (Edinburg) angepriesene Collodiumbehandlung, die von Karrik (Petersburg) modificirt wurde (Kautschuckauflösung in Chloroform) rechtfertigten die auf sie gesetzten Hoffnungen. Auch die nach Bretonneau und Higginbotham geübten Lapisätzungen blieben erfolglos, ebenso die von Hebra empfohlene Jodbehandlung. Wenn Reimer sich am befriedigendsten über die von Schwimmer (Budapest) angewandte Carbolbehandlung (Ac. carb. 4'0—10,0, Ol. olivar. 40,0, Cret. alb. 60,0) ausspricht und an Stelle der Salbe aus practischen Gründen das Mittel in Form eines Streupulvers versuchte, so sah er sich doch bald veranlasst, den Gebrauch der Carbolsäure aufzugeben, weil der rasche Uebergang derselben in's Blut sich durch die schwärzliche Färbung des Urins schon am folgenden Tage, in 23 Fällen aber schon nach 8—12 Stunden nach Anwendung des Mittels nachweisen liess.

Die innere Anwendung verschiedener Säuren, Quecksilberpräparate, so wie auch der Carbolsäure (Bell) hatte man verlassen müssen, auch die günstige Wir-

kung der Tct. Sarraceniae purpureae sowie des von Zülzer empfohlenen Xylol's konnte Reimer nach Anwendung der letzteren in 52 Fällen nicht bestätigen. Durch Zufall wurde er auf das Natron salicyl. geleitet, das bereits früher von Mene (Paris), Claridge und Schwimmer angewandt worden war und das sich Reimer in 14 Fällen als einen prägnant hemmenden Einfluss auf den Variola-Process ausübend erwiesen hat, weshalb er es warm empfiehlt. Reimer's Erfahrungen beziehen sich speciell auf Patienten des kindlichen Alters.

So weit ich die einschlägige Literatur durchgesehen habe, konnte ich nichts finden über anderweitig gemachte Erfahrungen über das Natr. salicyl., resp. eine Bestätigung der Reimer'schen günstigen Erfolge.

Aeusserlich sind sowohl Carbolsäure als Salicylsäure von Lewenhauer angewandt worden (Ref. im Arch. für Kinderh., Bd. XII, Heft 1 u. 2, pag. 108). Gesicht, Rumpf und Extrem. wurden mit folgender Paste bepinselt: Glycer. 70, Amyl. pur. 30, Acid. salicyl. 3,0. Seit dieser Behandlung hatte er keinen Todesfall, kaum merkbare Narben, wesentliche Abkürzung der Krankheit, vom Ausbruch des Exanthem's bis Abfall der Schorfe 12—13 Tage, fast fieberfreier Verlauf, Ansteckung geringer.

Auch die verschiedenen Handbücher der Kinderkrankheiten gaben uns keine Anhaltspunkte in Betreff eines den Pockenprocess wesentlich beeinflussenden Mittels. So erwähnt Gerhardt nur die bereits angeführten Behandlungsmethoden, Vogel spricht sich für Lapisätzungen und Anwendung von Quecksilberpflastern aus, ebenso d'Espine und Picot, die auch das Collodium empfehlen. Bohn rühmt die kühle oder die kalte Behandlung der Pockenkranken in Form von Vollbädern oder Einwickelungen, gegen Narbenbildung das von Lebert empfohlene Heftpflaster oder als besseren Ersatz hierfür das Collodium, als Abortivmittel die Tct. Jodi (Hebra). Steiner verwirft alle diese Mittel als wenig Erfolg gewährend, ebenso wenig hält er von der Entziehung des Lichts und beschränkte sich auf eine symptomatische Behandlung. Drzewiacki (New-York. Med. Rec., № 14, Jan. 1888) will durch Aufstreuen von Calomel auf die bereits entwickelten Bläschen und Pusteln ein sofortiges Eintrocknen derselben beobachtet haben, Bianchi (Pest. med. chir. Presse, 1890, № 18) durch Sublimatwaschungen (1°/₀₀) und Borsäure-Waschungen und Bäder (5°/₀), nach denselben Einreibungen mit 1—5°/₀ Jodoformvaselin Erleichterung der Eruptionsperiode, Unterdrückung des Fiebers, Verhütung von schweren Complicationen, Herbeiführung eines leidlichen Wohlbefindens der Kranken, schleunige Reconvalescenz und Ausbleiben von Narbenbildung erzielt haben.

In den letzten Jahren hat sich die Entziehung der chemischen Lichtstrahlen bei Behandlung der Pocken namentlich unter den scandinavischen Aerzten wieder mehr Anerkennung verschafft. Prof. Jul. Petersen (Hosp. Tid. 4. R. I. 45, 1893) erwähnt in historischer Beziehung, dass schon im 12. Jahrhundert die rothe Farbe bei Behandlung der Pocken angewandt worden ist und dass diese Behandlungsweise ihren Ruf Jahrhunderte lang bis in das 18. Jahrhundert bewahrte, dann als Aberglaube bei Seite geworfen wurde. Auf Grund mehrerer englischer Beobachtungen hat nun 1893 Niels R. Finsen diese Behandlungsmethode wieder empfohlen (Hosp. Tid. 4. R. I. 27, 1893), und meint, auch die berichteten günstigen Erfolge von Anwendung der Lapisätzungen, der Jodtinctur und der Behandlung mit Compressen (mit verschiedenen Mitteln getränkt) auf die Abhaltung des Lichts zurückführen zu können. Auf seine Veranlassung hin haben Svendsen (Hosp. Tid. 4. R. I. 44, 1893), Prof. Freiberg (Hosp. Tid. 4. R. II, 27 1894) und Henrick Benckert (Hygiea. 7, S. 11, 1894) ihre Pockenkranken dem entsprechend behandelt und recht günstige Resultate erzielt; der Verlauf der Pocken war ein leichterer, abgekürzter, es kam entweder zu keiner oder zu einer nur leichten, schnell vorübergehenden, Eiterung, das Suppurationsfieber blieb aus oder war nur gering, es kam zu keiner Narbenbildung. Svendsen machte einen interessanten Controllversuch, indem er einen Pat., als die Exsiccation überall eingetreten war, nur an den Händen noch nicht ganz, dem Tageslicht aussetzte; die noch vorhandenen Bläschen an den Händen gingen in Suppuration über und hinterliessen Narben. In einem 2-ten derartigen Versuch war das Resultat dasselbe.

Ueber meinen Fall habe ich bereits eine kurze Mittheilung im Deutschen ärztlichen Verein in St. Petersburg in der Decembersitzung 1897 gemacht. Der Umstand, dass in dem Protokoll der Sitzung (cf. St. Petersb. med. Wochenschr., № 21, 1898) durch meine Schuld Manches nicht ganz richtig wiedergegeben ist, veranlasst mich, in Folgendem den Fall ausführlicher zu besprechen.

Am 9. Nov. 1897 erkrankte Herr G., Inspektor an einem St. Petersburger Knabengymnasium, an Variolois. Von den behandelnden Aerzten war die Krankheit zuerst als Varicella aufgefasst worden, dann aber, als namentlich im Gesicht gedellte Pusteln mit getrübtem Inhalt auftraten, sprachen sie sich entschieden für Variolois aus. Die 3 ersten Tage war die Temperatur hoch gewesen, dann kaum mehr erhöht. Die eitrigen Pusteln standen 3—4 Tage, dann trockneten sie ein.

Am 26. Nov. nun wurde der 14-monatliche Sohn des Herrn G. unruhig, hatte hohes Fieber. Das Kind war nicht geimpft, von der Mutter 11 Monate genährt, bisher stets gesund gewesen. Körperconstitution und Ernährung gut. Bei der Erkrankung des Kindes war der Vater ganz gesund ging seinen Berufspflichten nach und zeigte besonders auf der Stirn, aber auch sonst im Gesicht sehr prononcirte, pigmentirte, flache Narben.

Am 27. Nov. fiebert der Knabe stark, Temperatur um 39,0 grosse Unruhe, Stuhl dyspeptisch. In der Nacht vom 27. auf 28. Nov. starker eclampt. Anfall. Morgens den 28. Nov. sah Verf. den kleinen Pat. zum ersten Mal. Bis auf geringe Schwellung der Milz liess sich an den inneren Organen nichts Abnormes nachweisen; der Rachen war leicht geröthet, die Zunge belegt, der Leib etwas aufgetrieben, Stuhl schleimig, flockig, Temperatur 40,0 - grosse Unruhe. Die Verordnung bestand in Calomel, Compressen auf den Leib und Lavement.

Um 11 Uhr Vormittags 2. heftiger eclampt. Anfall. Gegen Abend beruhigte sich das Kind etwas. In der folgenden Nacht 3. jedoch leichter eclampt. Anfall.

29. Nov. Morgens Temperatur 38,0. Es waren mehrere flüssige, grünliche Stühle erfolgt, der Leib weniger aufgetrieben, das Kind entschieden ruhiger. Abends Temperatur 38,5. Calomel fortgelassen, Sol. acid. mur.

30. Nov. Morgens Fieber gering. Schon am Abend vorher waren am Unterleib einzelne rothe Flecke und Papeln aufgetreten. Heute Papeln im Gesicht und, wenn auch selten über den ganzen Körper zerstreut, auf dem Unterleib theils deutliche Knötchen mit einer helleren Spitze. Das Kind wieder sehr unruhig, Rachen geröthet, Conjunctiven leicht injicirt. Das Zimmer wird nach Möglichkeit verdunkelt.

1. December. Temperatur 38,4 Exanthem stark aufgetreten, namentlich auf Gesicht und Beinen, demnächst auf dem Rücken, auf Armen und Leib weniger. Unruhe gross. Abends Temperatur 37,6. Natr. salicyl. innerlich.

2. December. Temperatur Morgens 37,5. Nacht besser, Kind ruhiger, ab und an sogar verhältnissmässig munter. Exanthem stark, auf Nasenrücken und Stirn zum Theil confluirend; sehr dicht stehen die nun fast entwickelten Blasen, alle deutlich gedellt, in beiden Schenkelbeugen (nach Scheley-Buch soll das Schenkeldreieck immun sein). Im Rachen nichts bis auf leichte Röthe. Abends Temperatur 37,4.

3. December Temperatur 38,4 Nacht schlechter, Kind wieder viel unruhiger. Exanthem weiter entwickelt, die Bläschen grösser, gerundet, Dellen geschwunden, Inhalt leicht getrübt. In die Schenkelbeugen wurden Sublimatcompressen gelegt. Abends Temperatur 37,9.

4. December. Morgens Temperatur 38,1. Nacht besser. Mittags Temperatur 38,5. Nach Lavement guter Stuhl. Exanthem sehr stark im Gesicht, an vielen Stellen confluirend, Pusteln in den Schenkelbeugen weich, wie etwas zusammengeschrumpft, am Körper fast überall Inhalt eitrig getrübt, Pusteln rund, prall gespannt, hart. Pat. hat etwas Milch und 2 Eier zu sich genommen. Abends Temperatur 38,9.

5. December. Nacht erträglich, Temperatur Morgens 37,8. Pusteln alle prall gespannt, gross (wie Erbsen), zum Theil mit grünlichem Eiter gefüllt. Zwischen den völlig entwickelten Pusteln sieht man aber auch noch verschiedene Nachschübe von Knötchen und Bläschen. Eingedenk der guten Erfolge, die ich bei Herpes zooster mit Ichtyolcollodium erzielt hatte, pinselte ich einzelne Partien, so namentlich das ganze Gesicht, mit 20% Ichtyol-Collodium ein. Abends Temperatur 38,5.

6. December. Nacht gut. Kind munterer. An den mit Ichtyol-Collodium bepinselten Stellen sind die Pusteln zusammengefallen, der Inhalt verschwunden, die Stellen ganz flach. Die übrigen Pusteln noch härter und grösser, durch grünlich-gelben Inhalt prall gespannt. Temperatur 37,9. Weiter wurden andere Partien mit Ichtyol-Collodium bepinselt, wobei nach Möglichkeit die freien Hautpartien verschont wurden. Abends Temperatur 37,5.

7. December. Nacht ausgezeichnet. Morgens Temperatur 37,0 Kind munter und fröhlich. Wieder dieselbe eclatante Wirkung der Pinselungen, die nicht gepinselten Pusteln unverändert. Die im Entstehen begriffenen, bepinselten Eruptionen nicht weiter entwickelt. Abends Temperatur 36,7.

8. December. Temperatur 36,9. Nacht in Folge starken Jucken's unruhig. Das Kind munter, hat guten Appetit. Bis auf einzelne Pusteln an den Händen, namentlich den Fingern, die noch nicht gepinselt waren, alle getrocknet, ganz flach, mit dünnen Borken bedeckt, die zum Theil durch Kratzen entfernt sind. An diesen entblössten Stellen die Haut leicht geröthet, trocken, nicht nässend. Tags viel Schlaf. Natr. salicyl. fortgelassen, Temperatur Abends 37,0.

9. December. Temperatur 36,9. Alles gut. Auch die letzten Pusteln verschwunden. In den Schenkelbeugen alle flachen, dünnen Borken fort, aber auch auf Brust und Bauch viele entfernt. Dabei ist nirgends, wo die Borken abgestossen sind, die Haut verletzt, nässend oder eiternd, nur blass röthlich verfärbt. Stuhl und Appetit gut.

10. December. Temperatur 37,0 Nacht gut, Kind munter, bis auf einzelne Borken auf den Beinen alle abgestossen.

Die letzten Borken stiessen sich am 11. December ab, am 13. December wurde das Kind gebadet und erholte sich schnell von der Kranheit.

Wenn auch, wie bereits erwähnt, der Fall zu den leichteren Fällen von Variola zu rechnen ist, so muss ich mich strict dagegen verwahren, dass es sich um einen Fall von Variolois gehandelt haben könnte. Nicht sowohl die stürmischen Initialsymptome als vielmehr die Entwicklung des Exanthem's und der Verlauf der Krankheit sprechen gegen letztere Ansicht. Die Pusteln, wenn auch nur im Gesicht zum Theil confluirend, waren bis auf die wenigen Nachzügler alle vollkommen entwickelt, gross und machten alle die typischen Entwicklungsstadien durch. Am 3. December fing, entsprechend dem Entwicklungsstadium der Bläschen das sogenannte Suppurationsfieber an; die verhältnissmässig niedrige Morgen-Temperatur am 5. December spricht eben auch für den leichten Fall. Die in unserem Fall entschieden viel zu spät in Anwendung gekommene Behandlung mit Ichtyol kann somit nicht direct als Ursache des von diesem Moment fast fieberlosen Verlaufs der Krankheit angesehen werden, jedoch evident war die Wirkung auf das fernere Schicksal der einzelnen Pusteln. Mit einer sich stets gleich bleibenden Präcision waren nach 24 Stunden (vielleicht auch schon früher, — ich sah Pat. aber erst nach 24 Stunden wieder) die bepinselten Pusteln eingesunken, völlig abgeflacht, der Inhalt verschwunden, während die nicht bepinselten Pusteln unverändert blieben, resp. sich weiter entwickelt hatten. Diese Erscheinung trat so regelmässig ein, dass von einem Spiel des Zufalls füglich nicht die Rede sein kann Ferner fand sehr schnell die Abstossung der — was ich besonders betonen will — dünnen, pergamentartigen Schuppen statt, ohne irgendwie entzündlich veränderte Stellen zu hinterlassen; diese waren stets mit zarter, röthlicher Epidermis bedeckt, trocken.

Die meisten Autoren, so Vogel, Steiner, d'Espine und Picot, Gerhard, Bohn, Baginsky nehmen für die Krankheit vom Beginn bis zur vollendeten Abstossung der Borken ca. 3 Wochen, Bohn sogar bis zum Ende der 4. Woche an. In meinem Fall war bereits am 8. December, d. h. am 13. Tage der Erkrankung ein Theil der Schuppen (ich sage ausdrücklich nicht Borken), abgestossen, am 10 December fast alle, am 13. December wurde das Kind gebadet, also am 18. Tage. Somit liegt eine wesentliche Abkürzung des Verlaufs vor, abgesehen von der niedrigen Temperatur und der entschieden subjectiven Erleichterung, die die Ichtyolbehandlung dem Kinde brachte (kein Brennen, kein Jucken — bis auf schnell vorübergehendes am 8. December). Endlich wurde keine Spur einer in der Umgebung der Pusteln auftretenden reactiven Entzündung (Röthe) der Haut beobachtet.

Obgleich der subjective Eindruck, den ich über die Wirkung des Ichtyol empfing, ein überaus günstiger war, hätte ich mich nicht dazu entschlossen, diesen vereinzelt dastehenden Fall mitzutheilen, wenn ich nicht nachträglich eine Bestätigung für diese Ansicht gefunden hätte und zwar in den Mittheilungen des Dr. Kolbassenko (Wratsch 1897, № 13 u. 38). Im ersten Aufsatz handelt es sich um 18 Fälle von Variola, von denen aber 8, der Privatpraxis angehörend nicht so genau beobachtet wurden. Von den 10 andern betrafen 6 Hospitalfälle, 4 gehörten auch der Privatpraxis an. Unter diesen 10 letzteren starben 2 Pat., ein 8 und ein 6-jähriges Kind, die aus den elendesten Verhältnissen mit Zeichen der ausgesprochensten Septicämie zur Aufnahme kamen. In den übrigen 8 Fällen handelte es sich 4 mal um Variola confluens, in den 4 anderen war das Exanthem auch stark (1 Fall mit angeborenem Herzfehler). Das Alter dieser Kranken war 30, 21, 15, 11, 9, 7, 4½ und 2 Jahre. Die Anwendungsweise des Ichtyol war folgende: Vom Beginn der Eruption bis zur Abstossung der Borken, Einpinselungen des ganzen Körpers oder der ergriffenen Stellen, je nach der Stärke des Exanthem's, 3 mal in 24 Stunden mit folgender Salbe: Ichtyol. 10,0, Ol. amygd. dulc. 60, Lanolin 20,0.

In der Armenpraxis wurde angewandt: Ichtyol 10,0, Vaselini alb. 80,0.

In der 2. Mittheilung berichtet Verf. über fernere 9 Fälle, 5 leichtere und 4 schwerere (Variola confluens, einer mit hämorrh. Pustelinhalt). Das Alter dieser Pat. war, der ersten 5—20, 16, 9, 3 u. 2 Jahr, der letzten 29, 21, 16 u. 8 Jahr. Zur Illustration führe ich 2 Fälle etwas genauer an.

Fall III. Sophie B., 3 Jahre alt wird am 29. März geimpft, doch ohne Erfolg. 4. April in's Hospital aufgenommen, 8 Tage krank. Ueber den ganzen Körper verbreitet papulo-postulöses Exanthem welches am Tage vor der Aufnahme auftrat. Abends Temperatur 38,4. Am 5. April Temperatur Morgens 38,3—Abends 38,7. 6. April Temperatur 37,6. Papeln alle in Bläschen mit eitrigem Inhalt umgewandelt. Abends Temperatur 37,4.

7. April Morgens Temperatur 37,5. Im Gesicht fangen Pusteln an einzutrocknen, Ausfluss aus dem Ohr. Abends Temperatur 37,8.

8. April. Temperatur 37,0. Eintrocknung der Pusteln und Abstossung der Borken schreiten fort. Kein Jucken. Kind spielt. Temperatur Abends 37,2.

9. April. Temperatur 36,9 Kind ruhig und fröhlich. Alle Pusteln eingetrocknet, Borken abgestossen. Temperatur Abends 37,5.

10. April. Abstossung der Borken beendigt. Temperatur normal.

11. April. Nach Bad in Borlösung ausgeschrieben.

Fall IV. Arsseni Sch., 20-jähriger Kosack. 20. Febr. Aufnahme in's Hosp. im Stadium des vollendeten Auftretens der Papeln und Knötchen, die zum Theil in Bläschen übergegangen sind. Abends Temperatur 39,0.

21. Febr. Temperatur 37,2—38,2. 22. Febr. Temp. 36,9 Beginn des Bläscheninhalts in Eiterung. Abends Temp. 37,9, 23. Febr. Temp. 37,0—38,6. 24. Febr. Temp. 37,3—38,0. 25. Febr. Temp. 36,2. Die Pusteln fangen an einzutrocknen. Abends 36,8.

26. Febr. Temp. 36,3—36,6. 27. Febr. Temp. 36,5—36,8.

28. Febr. Temp. subnormal. Borken überall abgestossen.

1. März Gesund.

Besonders lehrreich war der Fall I der schwereren Fälle, in welchem es sich um einen 2 -jährigen Soldaten handelte. Hier wurde in Folge eines Missverständnisses zuerst das Gesicht allein mit der Salbe bepinselt, nach 4 Tagen erst der Körper. Im Gesicht traten Eintrock-

nung und Abstossung der Borken 4 Tage früher ein. Verf. kommt am Ende seiner ersten Mittheilung zu folgenden Schlusssätzen:

1) Geringes Jucken beim Auftreten der Papeln und Bildung der Pusteln; sehr geringe Empfindlichkeit der befallenen Hautpartien.

2) Das Fieber im Eiterungsstadium ist gering, unter 39,5.

3) Die Eiterung wird sichtbar und plötzlich unterdrückt.

4) Das Stadium der Eiterung und Abstossung der Borken wird um 3—4 Tage abgekürzt.

5) In allen Fällen keine wesentliche Entzündung des Unterhautzellgewebes beobachtet.

6) Die Einpinselungen, selbst des ganzen Körpers, werden gut vertragen, auch von Kindern. Verf. betont bei der Wirkung des Ichtyols besonders die Begrenzung der Eiterung sowie die Beschleunigung der Eintrocknung und Abstossung der Borken. Nach Mittheilung des dortigen Apothekers Schmidt hat die Benutzung der «schwarzen Salbe» beim Volk weite Verbreitung gefunden, das, wie bekannt, es nicht liebt, die Pocken zu behandeln. Auf Veranlassung des Verf. hat auch der Arzt Roshdestwensky das Ichtyol mit vortrefflichem Erfolg bei Pocken angewandt.

Obgleich bereits in der St. Petersb. med. Wochenschrift ein kurzes Referat über die Kolbassenko'schen Mittheilungen erschienen ist, erschien es mir doch geboten, dieselben etwas ausführlicher zu besprechen.

Abweichend von Kolbassenko habe ich anstatt das Ichtyol in Salbenform, dasselbe als Ichtyolcollodium und stärker angewandt. Hätte ich bei der Erkrankung meines kleinen Pat. bereits Kenntniss von den Kolbassenko'schen Mittheilungen gehabt, so hätte ich mich wahrscheinlich an seine Gebrauchsanweisung gehalten, würde es auch in Fällen von sehr dicht stehendem Pocken-Exanthem fernerhin anrathen. Mir will es aber scheinen. als ob in Fällen, wie dem meinigen, gerade das Ichtyol-Collodium noch mehr zu empfehlen wäre, da es sich um eine combinirte Wirkung des Ichtyol und des Collodium handeln könnte. Dass aber dem Ichtyol der Löwenantheil bei der Wirkung zuzusprechen ist, geht daraus hervor, dass Kolbassenko ja auch ohne Collodium die guten Resultate erzielte und dass, wie aus der Literaturangabe zu ersehen, das Collodium die auf dasselbe gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt hat. In wie weit bei der Ichtyolwirkung durch Schwarzfärbung der Haut die Fernhaltung der chemischen Lichtstrahlen eine Rolle spielt, das wage ich nach meiner vereinzelten Beobachtung nicht zu entscheiden. Aus zweien der Kolbassenko'schen Fälle könnte man aber doch vielleicht auf eine specifische Wirkung des Ichtyol auf den Pockenprocess schliessen, in diesen trat nämlich wie in den andern allen die günstige Wirkung des Ichtyol hervor, dabei entwickelte sich aber bei der Ichtyolbehandlung eine starke Furunculosis: Während also das Ichtyol den Inhalt der Pockenpusteln wesentlich beeinflusste, konnte es die Entstehung einer Furunculosis nicht verhindern.

Indem ich zum Schluss meine vollkommene Uebereinstimmung mit den Kolbassenko'schen Schlusssätzen ausspreche, kann ich nicht umhin, das Ichtyol zur ferneren Nachprüfung bei der Behandlung der Variola den Fachgenossen bestens zu empfehlen.

St. Petersburg, Juni 1898.

Referate.

«Ueber das Blut und dessen bactericides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progressiver Paralyse». Dissertation von H. Idelsohn. Jurjew. 1898. (Aus der psychiatrischen Klinik von Prof. Jolly und dem bacteriol. Laboratorium von Prof. Rubner an der Berliner-Universität).

Der Verfasser untersuchte auf einen Vorschlag von Prof. Tschisch das bactericide Verhalten des Blutes gegen den Staphylococcus aureus bei Patienten, die an progressiver Paralyse der Irren erkrankt waren. In der Einleitung weist Verf. auf den Parallelismus hin, den die körperlichen und psychischen Erscheinungen im ganzen Verlauf der Paralyse darbieten und betont die Häufigkeit und Intensität der ersteren. Da im Verlaufe der Paralyse sämmtliche Organe und Gewebe des Körpers ergriffen werden konnen, so konnte man auch annehmen, dass das Blut nicht verschont würde. Ausser diesen, alle Gewebe in annähernd gleichem Maasse treffenden Schädlichkeiten, zeigen die Paralytiker noch eine andre Eigentümlichkeit — eine grosse Neigung zu septischen Erkrankungen (Abscesse, Decubitus, Pyämie). Die Statistik der Todesfälle bei Paralyse schreibt septischen Processen eine hervorragende Rolle zu und es wäre von grossem Interesse nach den Ursachen dieser Disposition zu forschen. Die übliche Annahme. es handle sich bei der Paralyse um den Ausfall trophischer Functionen ist eine Hypothese, die nicht befriedigt; Verf. erwartete von der Untersuchung des bactericiden Verhaltens des Blutes Resultate, welche diese herabgesetzte Resistenz des Organismus gegen Eitererreger verständlicher machten. Aus diesen Erwägungen studirte er das Verhalten des Blutes gegen Staphylococcus pyogenes.

Bei der Durchsicht der Literatur geht Verf. kurz auf die Arbeiten der Autoren ein, welche sich mit dem Blut bei Paralyse beschäftigt haben. Sie betreffen meist nur den morphologischen Theil des Bluts, ergeben jedoch keine für alle Fälle gültigen Befunde. Im Allgemeinen fand sich die Zahl der Leukocyten vermehrt, die der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobins vermindert, in einzelnen Fällen fand sich Poikilocytose, nach Aufregungszuständen wurde einige Mal eine Vermehrung dereosinophilen Zellen beobachtet (bis 1075 auf 1 cubmm!) und starke Leukocytose nach paralytischen Anfällen. Eine Arbeit konnte die herabgesetzte Isotonie des Blutes nachweisen, eine andre beschäftigt sich mit der Untersuchung der toxischen und bactericiden Wirkung des Blutplasmas von Paralytikern (D'Abundo). Dieser sah Meerschweinchen durch Injection von Blutplasma in die Ohrvene nach einigen Minuten zu Grunde gehen und fand in 5 Fällen von Paralyse jedes Mal einen entwickelungshemmenden Einfluss des Blutplasmas auf Milzbrandbacillen. Verf. hält letztere Versuche für nicht beweisend, da sie nicht einwandsfrei angeordnet sind, übrigens ist auch ihre Anzahl zu klein. Endlich wird über eine kleine Arbeit referirt, wo über verschiedne Bacterienbefunde in der durch Lumbalpunction gewonnenen Flüssigkeit berichtet wird; auch hier erscheinen die Resultate bei näherer Betrachtung durchaus hinfällig.

Auf seine eigenen Versuche übergehend, berichtet Verfasser über die Methoden in ausführlicher Weise. Das Blut wurde des Morgens entnommen, mit Hülfe steriler, in geeigneter Weise modificirter Schröpfköpfe — die sowohl hinreichend grosse Mengen (bis zu 10 ccm.) als auch absolut keimfreies Blut gewinnen liessen. Durch Stehenlassen im Eisschrank wurde nach 2—3×24 Stunden das Blutserum gewonnen, mit dem die folgenden Versuche angestellt wurden. Das Blutserum wurde in sterile Gläschen gebracht und mit geringer Menge einer frischen in Bouillon suspendirten Cultur von Staphylococcen versetzt. Die geimpften Gläschen wurden auf 24 Stunden in den Wärmeschrank (37°) gebracht und durch Anlegung von Platten aus diesen Gläschen, in ganz bestimmten Zeiträumen, wurde der Ablauf der bactericiden Vorgänge im Serum controllirt.

Die nach einander angelegten Platten, welche nach 2 Tagen durchgezählt werden konnten, ergaben eine Zahlenreihe welche die bactericide Action des Blutserums resp. das Fehlen derselben zum Ausdruck brachte. Die Versuchsanordnung ist durchaus einwandsfrei, da immer zu gleicher Zeit das Blutserum von Paralytikern und Nichtparalytikern (normale Individuen, Tabes, Hysterie etc.) den gleichen Manipulationen unterworfen wurden. — Nach kurzer Mittheilung der Krankengeschichten und übersichtlicher Darstellung der Resultate in Curven kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen.

Von 38 Paralytikern zeigte das Serum 14 Mal völliges Fehlen der bactericiden Action, 8 Mal minimale oder stark geschwächte und 6 Mal deutliche bactericide Wirkung während die 21 parallelen Normalfälle durchweg deutliche bactericide Action zeigten. Die erhaltenen Resultate gewinnen noch mehr an Bedeutung, wenn man berücksichtigt dass unter den Fällen von Paralyse, welche das Vorhandensein einer mehr oder weniger deutlichen bactericiden Action aufwiesen 7 zweifelhafte Paralytiker sich fanden und in 11 Fällen, wie sich später herausstellte die betr. Patienten am Abend vor der Blutentnahme Chloralhydrat erhalten hatten. Es ist die Annahme nicht unwahrscheinlich, dass in den letzteren Fällen das Chloralhydrat dem Blute antiseptische Ei-



genschaften verliehen hatte und daher eine bactericide Wirkung desselben vorgetäuscht wurde.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen.

1. Bei normalen Individuen und bei «Nichtparalytikern» entwickelt das Blut-Serum eine deutliche bactericide Action auf Staphylococcus pyogenes aureus. Diese Wirkung erfolgt meist 2 oder 3 Stunden in seltenen Fällen 6—24 Stunden nach der Impfung des Serums mit den Coccen.

2. Bei Paralytikerserum fehlt häufig jegliche, die Entwicklung des Staphylococcus hemmende, Action. Zuweilen findet sich eine schwache, nur selten eine deutliche bactericide Wirkung.

3) Bei Tabes dorsalis ist die bactericide Action des Blutserums vorhanden, was nicht auffallend ist, wenn man berücksichtigt, dass Tabes eine exquisit chronische, die Paralyse eine rasch verlaufende Krankheit repraesentirt.

4) Das Fehlen oder die Herabsetzung der bactericiden Action ist eine der Paralyse eigentümliche Erscheinung; sie kann nicht damit erklärt werden, dass die Paralytiker kachektische Kranke wären und deren Blut deswegen weniger activ wirkte: Die Mehrzahl der untersuchten Kranken war gut genährt. Ueber die Ursachen der herabgesetzten bactericiden Action kann man sich nur Vermuthungen hingeben. (Veränderung, (Herabsetzung) der Alkalescenz des Blutes, des NaCl Gehaltes, der Leukocyten ?). Jedenfalls handelt es sich um eine **Inferiorität** des Blutes.

6) Im Blute der Paralytiker finden sich keine Mikroben.

7) Zur Differentialdiagnose zwischen Paralyse und dem Anfangsstadium derselben ähnlicher Neurosen wäre «die bactericide Reaction des Blutserums» vielleicht von Werth.

Die Arbeit erscheint demnächst im Archiv für Psychiatrie (Berlin). (Autoreferat).

E. **Schiff**: Ueber die Ablagerung von Arsen in den Haaren. Wien. klin. Wochensch. 1898. Nr. 22.

Bisher war es noch nicht näher bekannt, ob die jedenfalls ausser Zweifel stehende therapeutische Wirkung des intern verabreichten Arsens bei gewissen Hautkrankheiten auf einem localen Effect beruhe, oder ob es sich um eine Allgemeinwirkung des Arsens auf den Organismus handele. Zur Ermittelung dieser wichtigen Frage hatte **Schiff** Experimente an Hunden unternommen, und zwar versuchte er auf chemisch-analytischem Wege es nachzuweisen, ob bei internem Gebrauch von Arsen, letzteres in die epidermoidalen Gebilde — in seinen Versuchen in die Haare — gelange. Die Resultate fielen **positiv** aus. Bei den Versuchshunden, die mit allmählich gesteigerter Arsendosis gefüttert wurden (anfangend mit 0,5 mg pro Tag wurde von Woche zu Woche um 0,5 mg gestiegen, bis die Maximaldosis von 6 mg erreicht wurde), konnte stets nach einiger Zeit Arsen in den Haaren, wenn auch in minimalen Mengen nachgewiesen werden.

«Es kann somit keinem Zweifel unterliegen, äussert S., dass es bei Einverleibung von Arsen zur Ablagerung desselben in den epidermoidalen Gebilden kommt, und lässt es sich daraus mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass es eine locale Einwirkung des Arsens bei Hautkrankheiten ist, welche den therapeutischen Effect bedingt». **Hecker.**

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Privatdoc. Dr. F. **Gumprecht** (Jena): Die Technik der speciellen Therapie. 1898. Jena, Gustav Fischer. Preis: broch. 7 Mark.

Das vorliegende Buch soll sowohl dem Studirenden als dem Arzte es ermöglichen, ohne weitere Anweisung und Literaturstudien selbstständig die therapeutische Technik (wenn man sich so ausdrücken darf) zu handhaben. Natürlich bieten sich der Abgrenzung des Stoffes gewisse Schwierigkeiten, die der Verf. indessen wohl mit Erfolg überwunden hat. Nach dem Grenzgebiete der Chirurgie hin sind die sämtlichen Stichverfahren in das Buch einbezogen, während die Schnittverfahren prinzipiell unberücksichtigt blieben, die Grenze verläuft also zwischen Intubation einerseits und Tracheotomie anderseits, zwischen Pleuradrainage und Rippenresection, zwischen Strikturdivulsion und innerer Urethrotomie. Dagegen sind doch aus naheliegenden Gründen einige Schnittverfahren, welche auch vom nicht specialistisch geschulten Internen ausgeführt werden (Tonsillotomie, Polypenoperationen, Hautschnitte gegen Hydrops) mit aufgenommen.

Auf 329 Seiten behandelt Verf. zuerst (im I. Kapitel) die specielle therapeutische Technik für die **Nase** (Spiegel, Pinselung, Tamponade, Elektrolyse etc), für den **Nasenrachenraum** (z. B. Tonsillotomie, Exstirpation der Rachenmandel), für den **Kehlkopf** (darunter Curettage, Polypenexstirpation, Intubation). Im II. Kapitel folgt die Technik der **Speiseröhrensondirung** und Dilatation. Das nächste Kapitel umfasst die technische Therapie des **Magens** (Spülung, Sondirung, elektrische Behandlung, Massage), das IV. Kapitel die des **Darmes** und **Mastdarmes** (Bougiebehandlung, Fremdkörperexstirpation, Specula, Infusion, Rectalernährung). Das V. Kapitel behandelt die specielle Therapie der **Brust** (Thoraxocentren, Ueberdrainage, Paracentese des Herzbeutels), das VI. Kapitel das **Abdomen** (Bauchpunktion, Punktion einzelner Bauchorgane), das VII. Kapitel das **Nervensystem** (Lumbalpunktion, Nervendehnung, Rückenmarksdehnung), das VIII. Kapitel die **Harnorgane** (Katheterismus, Stricturbehandlung, Prostatahypertrophie, medicamentöse Localbehandlung, Blasenspülung etc.). Endlich im letzten Kapitel bespricht Verf. die Technik der Punktion und Incision der **Haut**, den Aderlass, die Transfusion und die Vaccination. Aus dieser Inhaltsangabe ist die Vertheilung des Stoffes, den der Verf. ausgezeichnet beherrscht, ersichtlich; eine genaue Literaturangabe am Schlusse eines jeden Kapitels ermöglicht es, sich noch genauer über den betreffenden Eingriff zu instruiren. Eine Anzahl von guten Abbildungen im Text erleichtern dem Anfänger das Verständniss, so dass man das Werk wohl mit Recht als nützliche Beilage zu den Lehrbüchern der speciellen Therapie besonders für Studirende ampfehlen kann. **Weyert.**

C. v. **Noorden**: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Zweite Auflage. Berlin. 1898. bei August Hirschwald.

In dieser neuen Auflage des bekannten Buches von v. **Noorden** sind die wichtigen neueren Arbeiten über die Symptomatologie des Diabetes berücksichtigt und mitaufgenommen, der klinische Theil erweitert und vervollständigt und die Erfahrungen über 353 eigene Beobachtungen mitgetheilt worden. Die Therapie hat mannigfache Erweiterungen und Zusätze erfahren. Der Standpunkt des Verf. in einigen principiellen Fragen ist im Allgemeinen derselbe geblieben. **K—r.**

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

639. **Sitzung am 31. März 1898.**

Vorsitzender: Herr **Moritz** — Secretär Herr **Heuking**.

Herr **Moritz** berichtet in einem zum ausführlichen Drucke bestimmten Vortrage über einen **Fall von maligner Endocarditis**, der in seinem Verlaufe durch Injectionen von Antistaphylococcen-Serum günstig beeinflusst wurde.

Herr **Wanach** bemerkt, dass die Fälle von Pyämie und septischer Phlegmone, welche im Peter-Paul-Hospital mit Antistreptococcenserum in Behandlung genommen wurden, keine günstigen Resultate gegeben haben. Er selbst hat nur in einem einzigen Falle die Serumtherapie gegen Streptococceninfection versucht. Es handelte sich um ein 6jähriges Kind, das im Anschluss an Scharlach an Septikämie litt, und dem er den Processus mastoideus wegen Eiterungsprocesses im Felsenbein aufmeisselte. Er injicirte Antistreptococcenserum, anfänglich zu 2,5 gr., später zu 5,0. Eine Herabsetzung der hohen Temperatur wurde allerdings erzielt, der Exitus letalis dagegen nicht abgewandt. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint die Serumtherapie nur bei puerperalen Septikämien einigen Erfolg zu versprechen.

Herr **Dobbert**: Die Serumbehandlung der puerperalen Pyämie bildete ein Discussionsthema auf dem internationalen Congresse zu Moskau. Ueber den Werth dieser Behandlung gingen die Meinungen sehr auseinander; im Allgemeinen schien das Zutrauen zu derselben kein grosses zu **sein**; relativ am günstigsten lauteten die Urtheile der Franzosen. Letztere wenden beide Sera an — sowohl das Antistreptococcen- wie das Staphylococcenserum.

Herr **Fick** kann über einen unter Antistreptococcenserumbehandlung günstig verlaufenen Fall von Septikämie nach Gangrän eines Fusses aus dem Alexander-Männerhospital berichten. Die Krankengeschichte ist folgende:

Der 28-jährige Pat. trat am 22. Februar 1897 ins Hospital ein. Sein linker Unterschenkel ist ödematös, dunkel-livid verfärbt und verursacht die heftigsten Schmerzen. Beginnende Demarkation ist nirgends wahrnehmbar. Es besteht Fieber. Lymphangoitis und Drüsenschwellung in der linken Leiste. Der Cruralpuls fehlt an beiden unteren Extremitäten.

Am 5. März — Amputation über dem Knie. Am nächsten Tage die Temperatur etwas niedriger, steigt indess bald wieder an. Trotzdem wird bei mehrmaligem Verbandwechsel an der Wunde nichts Verdächtiges gefunden, so dass, nach eingetretener vollständiger prima intentio, am 17. März alle Nähte entfernt werden konnten. Die ganze Zeit bestand Fieber bis über 39,0, gelegentlich bis nahe an 40,0. Dabei kein Appetit und **schwerer septischer Allgemeinzustand**.

Am 18. März tritt erysipelatöse Röthung an der Nasenwurzel auf. An diesem Tage wurde die 1. Injection von Antistrep-

tococcenserum ausgeführt, und zwar ohne wesentlichen Einfluss auf den Zustand des Patienten. — Am 20. März 2. Injection. Temperaturanstieg am Abend bis 39,7. Darnach tritt Abfall ein, so dass die Temperaturen sich zwischen 37,1 und 38,5 halten. Die Röthe an der Nasenwurzel ist geschwunden. — Am 26. März 3. Injection, wonach wieder Temperatursteigerung bis 40,2. — Danach rascher Abfall und etwa eine Woche lang subfebrile Temperatur (Abends bis 38,0) und weiterhin allmählicher Uebergang zur Norm. Das Allgemeinbefinden bessert sich, Pat bekommt Appetit.

Am 9. April mit normaler Temperat. entlassen.

Herr Hörschelmann: Die sowohl von H. Moritz wie H. Fick in ihren Berichten erwähnten bedeutenden aber rasch vorübergehenden Temperatursteigerungen nach den Injectionen, scheinen etwas für Antistreptococcen- und Antistaphylococcenserum eigenthümliches zu sein; etwas dementsprechendes ist bei der Serumbehandlung der Diphtherie nicht beobachtet worden.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 1. October 1897.

Zoege spricht über die Ursachen des Gefässverschlusses bei Gangrän. Redner giebt zunächst folgendes Schema der verschiedenen Formen der Gangrän nach ihrer Aetiologie:

A. auf neuropathisch-vasomotorischer Grundlage entstehend.
   a) centralen Ursprungs. 1) in Folge psychischer Alteration (Schreck), 2) vom Rückenmark ausgehend (Syringomyelie).
   b) peripheren Ursprungs nach Nervenlaesion, eine Form welche mehr experimentell studirt als klinisch beobachtet ist, wenigstens ist Z. sich keines veröffentlichten Falles bewusst.

B. auf directer Gefässalteration beruhend.
   a) bei Infectionskrankheiten: 1) acuten (Typhus, Endocarditis etc.), 2) chronischen (Syphilis, Lepra).
   b) Folge chronischer Intoxicationen: Blei Phosphor, Quecksilber, Taback, Mutterkorn.

C. durch thermische Einflüsse hervorgerufen, nach Verbrennung und Erfrierung, doch auch in Fällen wo nur leichtere thermische Differenzen zur Wirkung gekommen sind.

Bei all' diesen Formen, vielleicht mit Ausnahme der nach Embolie auftretenden, selbst der auf psychisch-vasomotorischer Basis entstandenen Gangrän sind Veränderungen der Gefässwand, welche oft zu völligem Gefässverschluss geführt haben, beobachtet und studirt worden. Nach den näheren Ursachen dieses Gefässverschlusses hat Z. seit einer Reihe von Jahren geforscht und ist auf Grund seiner histologischen Untersuchungen zu Resultaten gekommen, die von der allgemein giltigen Anschauung abweichen.

Winiwarter glaubte das Primäre in einer Wucherung der Intima gefunden zu haben, welche concentrisch zu letzterer angeordnet event. zum Verschluss des Gefässlumens führt und in ihrem Inneren neugebildete Gefässe resp. Capillaren zeigt. Auf seine histologischen Befunde hin schuf er das Bild der Endarteriitis obliterans, welchen Namen Billroth in Endarteriitis hyperplastica umänderte. Die Ansicht Winiwarters ist seitdem allgemein anerkannt und in alle Lehr- und Handbücher übergegangen. Weiss hat nun auf Veranlassung Zöge's in einer Reihe von Fällen spontaner Gangrän die Gefässe microscopisch untersucht und gefunden, dass die obturirenden Massen sich in garnichts von solchen unterscheiden, wie sie durch Thrombose hervorgerufen werden. Dasselbe ist der Fall in dem Bilde, welches Winiwarter giebt: innerhalb der Elastica eine mächtige Lage kernarmer Intimazellen. deren Anordnung eine circuläre ist. Sie macht jedoch ziemlich plötzlich einem kernreichen, die Gefässlichtung erfüllenden, regellos angeordnetem Gewebe Platz, in welchem sich neugebildete Gefässe, Capillaren etc. finden. Es ist genau das Bild des organisirten Thrombus, dessen granulationsähnliches Gewebe später kernarmer wird, sclerosirt. Weiss kommt am Schluss seiner Arbeit zum Resultat, dass Winiwarter das Bild eines organisirten Thrombus gezeichnet hat und somit den Beweis für das Vorhandensein einer Endarteritis obliterans als specif. Krankheitsbegriffes schuldig geblieben ist. In einer neueren Arbeit hat nun Borchert versucht die Winiwarter'sche Anschauung zu vertheidigen unter Hinweis auf den (relativ seltenen) Befund zapfen- und strahlenförmiger Fortsätze, die von der Intima ausgehen und aus Intima-Zellen bestehen. Seiner Meinung nach können dieselben nur als Wucherungen angesehen werden, nicht aber als Bestandtheile eines organisirten Thrombus.—Dagegen hat Zoege anzuführen: häufig findet man zunächst der Intima schlecht färbbare körnige Massen, in welche Intimazellen hineinwuchern. Sie liegen der Gefässwand an, es handelt sich um weisse Thromben, über deren Entstehung die Arbeiten von Everth und Schimmelbusch Aufklärung geben. Dieselben zeigten, dass dort wo Stromstörungen auftreten, die leichtesten Blutbestandtheile, das sind die Blutplättchen in den Wandstrom gelangen, mit der Gefässwand conglutiniren und einen ihr anhaftenden Kuchen bilden. Ist die Stromstörung andauernd, so kommt es zur Organisation dieses weissen Thrombus, genau in der Art des rothen. Diese kleinen weissen Thromben findet man nun in grosser Menge an der Gefässwand bei der sog. Endarteriitis obliterans, bald nur in den Nischen und Falten des zusammengefallenen Gefässrohres, bald einen grossen Theil des Lumens verlegend. Zoege sieht daher in ihnen das Wesentliche und Primäre des Gefässverschlusses. Man muss sich den Vorgang etwa folgender Maassen vorstellen: Zunächst tritt Arteriosclerose auf, die Intima verdickt sich zu mächtiger Schicht (Thoma) ihre Zellen, in ihrer Vitalität verändert, haften lockerer, lösen sich event. stellweise und ragen ins Lumen vor. Hier kommt es zu einer Stromstörung, Blutplättchen lassen sich nieder, haften und die Bedingung zur Bildung eines weissen wandständigen Thrombus ist gegeben. Es ist nicht wunderbar, wenn solch ein Thrombus zuweilen Zapfenform annimmt, wie Borchert sie zeichnet und auch Z. sie gefunden hat. Dieselben bestehen aus gewucherten Intimazellen, doch finden sich in ihnen auch Stellen, die sehr an organisirte Thromben erinnern. Jedenfalls steht die Seltenheit dieser zapfenförmigen Fortsätze in keinem Verhältniss zur Häufigkeit der zweifellos weissen Thromben, die fast in keinem Schnitt fehlen. — Ferner sieht man oft in der Gefässlichtung von der Intima ausgehend resp. mit ihr zusammenhängend geschlungene wurm- oder bandartige Gebilde, häufig das ganze Lumen ausfüllend. Diese scheinbaren Wucherungen der Intima weisen nun in ihrer Structur meist nur Congruenz mit der Wand auf. Wahrscheinlich lagen sie derselben ursprünglich als weisse Thromben concentrisch geschichtet an, sind dann vom Blutstrom losgelöst und flottiren in demselben. Im Schnitt erscheinen sie nun als die erwähnten bandartigen Gebilde. Dass es nicht immer weisse Thromben zu sein brauchen, zeigen mehrere der ausgelegten Praeparate, in denen sich auch rothe organisirte Thromben in derselben Anordnung finden.

Borchert meint ferner: da es sich um einen localen pathologischen Process handelt, könne nicht eine Allgemeinerkrankung, wie sie die Arteriosclerose darstellt die Ursache sein. Demgegenüber betont Zoege, dass es sich nicht um eine streng localisirte Erkrankung am Ort der Obliteration handelt, sondern um eine mehr oder weniger allgemeine Bezirkserkrankung der Gefässe mittleren Calibers. Die Sclerose derselben reicht viel weiter, als die localen zum Verschluss führenden Veränderungen, wie Z. es in mehreren Fällen gefunden hat, wo hohe Amputationen ausgeführt werden mussten. — Wenn es sich um einen streng localisirten Krankheitsprocess handelte, so müssten bei dem chronischen Verlauf die vielfach vorhandenen Collateralen in Function treten. Dass das nicht der Fall ist, liegt daran, dass auch sie erkrankt sind — also ein ganzer Gefässbezirk. — Auch der klinische Verlauf spricht mehr für Thrombose: unbestimmte vage Prodrome deuten auf den chronischen verlaufenden arteriosclerotischen Process, die plötzliche Catastrophe entspricht dem plötzlichen thrombotischen Verschluss. — Also zuerst haben wir es mit Arteriosclerose zu thun, die nach Thoma in der zweiten Hälfte des Lebens gewissermaassen physiologisch ist. Gifte verschiedener Art (Alcohol, Taback) alle Momente, welche die Herzarbeit dauernd schädigen, Temperaturdifferenzen u. s. w. bringen es soweit, dass die Arteriosclerose über das physiologische Maass hinausgeht. Doch genügt das noch nicht. Zufälligkeiten mannigfacher Art, Traumen, Herzanstrengung, psychische Alteration etc. müssen hinzutreten um den definitiven Verschluss des Gefässes und damit den Eintritt der Gangrän herbeizuführen. Zieht man die Thoma'schen Untersuchungen über Arteriosclerose und Gefässerkrankung in Betracht, so lässt sich als primäre Ursache des Gefässverschlusses bei der sog. Endarteriitis obliterans nach der Ansicht Zoeges Thrombose constatiren. Auch Borchert ist den Beweis, dass es sich um eine Erkrankung sui generis handelt, schuldig geblieben. — Damit fällt auch der Unterschied zwischen Gangrän der Alten und der Jungen, sie ist im Grunde dasselbe, indirect auf derselben arteriosclerotischen Grundlage beruhend, direct bedingt durch Thrombose. Somit ist Vortragender wieder zur alten Anschauung Rokitansky's gelangt, der die neugebildeten. der Intima anliegenden Schichten als Auflagerungen, resp, Niederschläge aus dem Blut ansah, nicht als Wucherungen. Zu dieser Ansicht kam er durch Beobachtung bei macroscopischer Untersuchung derartiger verlegter Gefässe: die natürliche Trennung erfolgte stets zwischen Intima und den ob-



turirenden Massen, nicht etwa in der Intima oder zwischen Intima und Elastica, wie es doch wahrscheinlich wäre, wenn es sich um Wucherungen der Innenhaut handelte.

Nach Schluss des Vortrages werden zahlreiche instructive Praeparate und Zeichnungen demonstrirt.

Secretär: Lackschewitz.

Eingesandt.

In jedem Jahre bezieht eine nicht unbedeutende Anzahl älterer und jüngerer Collegen verschiedene Universitäten des Auslandes. Viele kehren unbefriedigt zurück; sie haben viel Zeit geopfert, oft bedeutende Summen verausgabt ohne das erreicht zu haben, wonach sie strebten.

Wer Feriencurse besuchen oder verschiedene Autoritäten operiren sehen will, wird auf den Hochschulen Deutschlands reichlich Gelegenheit dazu finden. Wem es aber nicht genügt die technische Fertigkeit des Operateurs zu bewundern, wer auf klinische Beurtheilung des Falles vor und nach der Operation, Indicationsstellung etc. Gewicht legt, der besucht die Universitäten der Grossstädte meist resultatlos, denn von den Details dringt dort nur wenig an die Oeffentlichkeit. Nicht viel besser sind die Aussichten für denjenigen, der Geburtshilfe treiben will.

Um den Collegen, welche mit den Verhältnissen des Auslandes weniger vertraut sind, Enttäuschungen zu ersparen, erlaube ich mir die Aufmerksamkeit derselben auf eine Anstalt zu lenken deren Thätigkeit bei uns noch nicht in der Weise gewürdigt zu werden scheint, wie sie es verdient. Ich meine die Königliche Frauenklinik in Dresden und das bei derselben bestehende hilfsärztliche Externat, ein Musterinstitut, welches seit 1883 unter der bewährten Leitung des geheimen Medicinalrathes Prof. Dr. G. Leopold steht.

Nicht der bekannte Name des Directors, nicht das reiche gynäkologische Material und die grosse Zahl pathologischer Geburten bei engem Becken allein sind es, welche dieses Institut empfehlenswerth machen, hauptsächlich der klinische Unterricht der hier den Aerzten zu Theil wird und die Art und Weise wie dieser «Fortbildungsunterricht» geleitet wird. Hier ist «Schule» vorhanden; hier kann, sowohl der Anfänger, wie auch der Erfahrenere, sich werthvolle Winke für die Praxis holen und die Antwort auf manche für ihn noch offene Frage finden.

Mit Recht wird daher von Prof. Leopold besonderes Gewicht auf diesen Theil seiner klinischen Thätigkeit gelegt und derselbe mit besonderer Sorgfalt behandelt.

Es kann nicht Zweck dieser Zeilen sein ein ausführliches Bild der Thätigkeit dieser Anstalt zu entwerfen; der sich dafür Interessirende findet im ersten Bande der «Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden» (Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1893) detaillirtere, aus der Feder Leopold's stammende, Angaben.

Schreiber dieser Zeilen hat zwei Mal das Glück gehabt die Leopold'sche Klinik besuchen zu dürfen, hat aus eigener Erfahrung die Vorzüge dieser Anstalt kennen und schätzen gelernt und kann daher den Besuch derselben den Collegen nur bestens empfehlen.

Dr. Th. Dobbert.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Juli d. J. 7365 (19 wen. als in d. Vorw.), darunter 634 Typhus — (55 wen.), 824 Syphilis — (21 wen.), 113 Scharlach — (3 mehr), 131 Diphtherie — (6 wen.), 29 Masern — (1 mehr), und 9 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Am 1. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7347 (8 wen. als in der Vorwoche.), darunter 659 Typhus — (25 mehr), 843 Syphilis — (9 mehr), 101 Scharlach — (12 wen.), 123 Diphtherie — (8 wen.), 15 Masern — (14 wen.) und 10 Pockenkranke (1 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Juli bis 1. August 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
382	274	656	183	62	120	13	8	22	57	43	35	36	32	36	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 11, Diphtherie 26, Croup 1, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 3, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 143, Todtgeborene 31.

Довв. ценз. Спб. 10 Августа 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 15. (27.) August **1898**

Ruptura uteri spontanea.

Von

M. Treymann.

Ordin. Arzt der Frauenabtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

Die Uterusrupturen während der Geburt sind selten, die spontanen häufiger als die violenten. Nach Winckel fand

Collins	1	Uterusruptur	auf	482	Geburten
M'Clintock	1	»	»	737	»
Bandl	1	»	»	1200	»
Jolly	1	»	»	3403	»
Kamsbotham	1	»	»	4429	»

In München waren unter 4000 klinischen Geburtsfällen 4 spontane und 2 violente zu verzeichnen.

Der hier mitzutheilende interessante Fall betrifft eine 32-jährige Jüdin. die am 16. December 1897 in's Krankenhaus eintrat.

Sorre B., eine kleine, schlanke, anaemische, schlecht genährte Frau, hat vor 11 Jahren zum 1. mal ein todtes Kind in Steisslage geboren. Der Kopf wurde angeblich nach Abreissung vom Rumpf manuell aus dem Uterus entfernt. Ein Jahr darauf Abort im 5. Monat. Nach einem Jahr spontane Geburt eines ausgetragenen asphyktischen Kindes in Steisslage. Das Kind starb gleich nach der Geburt. Nach $2^1/_2$ Jahren spontane Geburt eines ausgetragenen Kindes in Schädellage. Es starb gleich nach der Geburt. 3 Monate darauf Abort von etwa 2 Monaten. Nach 1 Jahr 2 Monaten spontane Geburt eines ausgetragenen Kindes in Schädellage.

Das Kind starb $1^1/_2$ Jahr alt an Masern. $1^1/_2$ Jahr darauf ein todtes Kind in Steisslage. Die letzte Geburt vor $2^1/_4$ Jahren: Todtes Kind in Steisslage.

Die schwächliche, schlecht genährte Frau hatte in c. 11 Jahren 2 Aborte und 6 Geburten überstanden, wobei nur 1 Kind am Leben blieb und $1^1/_2$ Jahre alt wurde.

Die 7. Geburt eines ausgetragenen Kindes sollte nun nach etwa 2 Wochen im Krankenhause vor sich gehen, nachdem sie sich von mehreren Collegen, angeblich auch mit der Prochownik'schen Diät, hatte behandeln lassen. Zur Einleitung einer Frühgeburt, von welcher die Rede gewesen, habe man sich nicht entschliessen können.

Die Beckenmasse waren:

Distant. spin. $27^1/_2$ C.
Distant. cristar. $24^1/_2$ C.
Conjugat. extern. 16 C. (!)
Conjug. diagonal. 11 C.
Conjug. vera 9 C.

Der Leib war stark vorgewölbt. Das Kind in Querlage: die Füsse etwas höher rechts, der Kopf tiefer links. Herztöne deutlich, 160. Per vaginam kein vorliegender Theil zu fühlen, nur die gespannte Blase. Am 30. Dec. beginnt Morgens die Geburt mit schwachen, regelmässigen Wehen. Am Nachmittag ist das Os uteri für 2 Finger, am Abend für 4 Finger durchgängig. Um 8 Uhr Abends erfolgt der Blasensprung. Mit dem abfliessenden Fruchtwasser wird, wie zu erwarten war, der Kopf in den Beckeneingang gepresst. Die kleine Fontanelle steht links, die grosse rechts, etwas tiefer, die Pfeilnaht verläuft quer, nahe dem Promontorium. Rasch beginnende Kopfgeschwulst unter starken regelmässigen Wehen mit langen Pausen. Gegen 10 Uhr beginnt die Mitwirkung der Bauchpresse bei gutem Kräftezustand und lauten kindlichen Herztönen. Während ich selbst etwa 20 Minuten lang den durchaus befriedigenden Fortgang der Geburt beobachte und die eventuelle Anlegung der Zange, im schlimmsten Fall die Symphyseotomie in Erwägung ziehe, treten plötzlich die Erscheinungen der Uterusruptur auf. Nach einer starken, von der Bauchpresse begleiteten Wehe, klagt die Gebärende plötzlich über brennenden Schmerz im Leibe und behauptet, rechts unten einen Riss gespürt zu haben. Die Kranke ist blass, jedoch bei klarem Bewusstsein, durchaus nicht collabirt, hat einen kräftigen Puls von 120 in der Minute. Der Leib ist abgeflacht, weich, lässt gar keine Contouren des Uterus durchfühlen, mässig durckempfindlich. Kleine Kindstheile scheinen nur einen Moment unter den Bauchdecken tastbar und verschwinden sofort. Die kindlichen Herztöne sind nirgend zu hören. Bei der innern Untersuchung zeigt sich hellrothes Blut, aus der Vagina fliessend, in mässiger Menge. Der Kopf des Kindes ist aus dem Beckeneingang verschwunden, dagegen hoch innerhalb des schlaffen Cervix eine Hand und eine pulslose Nabelschnur zu tasten.

Um 11 Uhr Laparotomie, zu welcher schon während der eiligen Untersuchung Alles vorbereitet wird. Dankenswerthe Hilfe leistet dabei der Assistenzarzt Dr. Kieseritzky. Chloroformnarcose (sehr wenig Chloroform wird verbraucht) gut. Nach Durchschneidung der Haut in der Linea alba liegt die aus dem Uterus ausgestossene Placenta vor. Nachdem sie emporgehoben, wird unter den auf dem Darm liegenden Blutgerinnseln nach dem oberhalb der Symphyse liegenden Kindskopf getastet und an diesem der zur Hälfte

in die Bauchhöhle ausgetretene weisse Kindskörper leicht herausgehoben. Als die Füsse aus dem Uterus herausgleiten, erweist sich das Corpus uteri fest contrahirt. Aus dem Uterusriss schaut ein dicker dunkelrother Muskelbauch hervor. Es ergiebt sich, nach Entfernung des flüssigen und geronnenen Blutes aus der Bauchhöhle, dass ein querverlaufender Riss von c. 17 Centimeter Länge sich von rechts nach links durch die vordere Wand des Collum uteri erstreckt. Im linken Wundwinkel spritzt ein Ast der Arteria uterina, der sofort ligirt wird. Die Menge des ergossenen Blutes beträgt Alles in Allem höchstens 2 Glas voll. Die Ränder des Risses sind fein gezakt und so dünn wie grobe Leinwand. Sie werden so rasch wie möglich, nachdem die Uterushöhle nach oben hin und der Cervixcanal nach unten hin mit Jodoformgaze ausgetupft worden, mit etwa 20 Seidenknopfnähten vereinigt. Und zwar wird jede Nadel etwa 1 Centim. weit vom Wundrande ein- und ebenso weit vom andern Wundrande ausgestossen, damit die gar zu dünnen Ränder sich gehörig gekraust an einander legen. Um mit der Sänger'schen Naht im vorliegenden Fall dasselbe zu erreichen, hätten die Nähte unter grösserem Zeitverlust viel dichter gelegt werden müssen. Der Uterus bleibt gut contrahirt, es erfolgt keine weitere Blutung. Die Bauchhöhle wird geschlossen.

Temperatur der Operirten nach der Operation 36.6. P. 120.

Das todte Kind ist 9 Pfund schwer, 47 C. lang, hat einen Kopfumfang von 36 Cent.

In den ersten beiden Tagen war die Temperatur normal, der Kräftezustand und das Allgemeinbefinden der Wöchnerin befriedigend. 24 Stunden lang nach der Operation kein Wochenfluss, dann gewöhnliche Secretion.

Am zweiten Tage subfebrile Temperatur, am 3. und 4. Tage 38,3; vom 5. bis 16. Tage schwanken die Temperaturen zwischen 37,6 und 39,6. Dabei weist die Dyspnoe und der Husten mit reichlichem weissen — allerdings nie blutig gefärbten — Auswurf auf eine Lungenembolie hin, deren Sitz durch Percussion und Auscultation nicht zu eruiren ist. Im Uebrigen bleibt der Kräftezustand der Patientin gut. Von Seiten des Abdomens sind gar keine besorgnisserregenden Symptome wahrzunehmen. Vom 17. Tage an ist die Patientin fieberfrei und erholt sich rasch.

Am 3. März a. c. wird sie als genesen entlassen und meint: «dies sei grade nicht die schlimmste Geburt, die sie erlolt habe».

Kurz vor dem Eintritt der Katastrophe war ich entschlossen, noch eine Stunde etwa die Geburt den Naturkräften zu überlassen und, falls sie nicht fortschreite, nach einem schonenden Versuch mit der Breus'schen Zange allenfalls die Symphyseotomie zu machen. Zur geeigneten Zeit fehlten leider alle Symptome einer drohenden Ruptur, die diesmal gar zu rasch, offenbar durch die Bauchpresse, herbeigeführt wurde. Es ist wohl nicht zweifelhaft, dass durch die häufigen Geburten der schwächlichen Frau, die Ernährung des Uterus aufs äusserste geschädigt war. Die Dünnwandigkeit des Collum uteri bewies es zur Genüge. Interessant ist in dieser Beziehung auch ein neuerdings in der Slavjanskischen Klinik beobachteter und microscopisch untersuchter Fall von Uterusruptur bei einer 45-jährigen Frau, jedenfalls ein werthvoller Beitrag zur Aetiologie der spontanen Uterusrupturen. Dr. Poroschin fand, dass es sich dabei um die Verminderung der elastischen Fasern in der Uterusmusculatur handelte. Der Anfang der, durch die grosse Zahl der vorausgegangenen Geburten bedingten Atrophie offenbarte sich durch das fast gänzliche Verschwinden der Media in den Uterusgefässen.

Riga, den 20. Juli 1898.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. H. Schmidt-Rimpler (Göttingen). Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben v. Hofrath Prof. Dr. H. Nothnagel. XXI Band. X + 566 S. mit 23 Abbildungen. Wien, 1898. Alfred Hölder.

Mit dem Fortschritt der modernen Augenheilkunde ist die Erkenntniss von dem innigen Zusammenhange des gesunden wie des kranken Auges mit dem übrigen Körper und seinen Störungen Hand in Hand gegangen. Diese Erkenntniss hat erst die wissenschaftliche Ophthalmologie und mit ihr die practische Augenheilkunde, aus der isolirten Stellung eines Specialfaches zu der hohen Bedeutung erhoben, welche ihr als einem integrirenden Theile der Gesammtmedicin zukommt. Je vielseitiger und inniger die Beziehungen sich gestalteten, je reicher das Material wurde, aus denen sie sich ergaben, um so mehr machte sich bei Augenärzten wie bei Vertretern anderer Zweige der Heilkunde das Bedürfniss nach einer systematischen Bearbeitung der für beide Theile wichtigen Grenzgebiete fühlbar. Eine ganze Reihe trefflicher Werke sind diesem Bedürfniss in der besten Weise gerecht geworden. Die deutsche ophthalmologische Literatur besitzt in den Monographien von Foerster (1876), Jacobson (1885), Knies (1893) reiche Schätze und zuverlässige Führer durch die gesammten hier in Frage kommenden Gebiete, die russische hat, seit 1895, das ausgezeichnete Buch Natanson's, die französische dasjenige Bergers (1893). Neben diesen umfassenden Darstellungen giebt es noch eine Reihe specieller Bearbeitungen einzelner Gebiete, wie: Mauthner (Gehirn und Auge), Willbrand (Hemianopsie), Alexander (Syphilis und Auge), Horner-Michel (Krankheiten der Augen im Kindesalter), Cohn (Uterus und Auge) u. s. w. —; ja, neuerdings erscheint in den von Vossius herausgegebenen «zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde» eine Sammlung von Arbeiten, welche besonders die allgemein-ärztlichen Interessen berücksichtigen.

Man könnte meinen, dass bei solchem Reichthum der einschlägigen Literatur das Bedürfniss nach einem neuen Werke, welches wiederum die Beziehungen der Augenkrankheiten zu den übrigen Krankheiten in ihrer Gesammtheit behandelt, nicht mehr vorliege. Dem ist nicht so. Im Gegentheil! Mit besonderer Freude und Befriedigung muss jeder Arzt das neue ausgezeichnete Buch Schmidt-Rimpler's als eine weitere werthvolle Bereicherung der ophthalmologischen, wie auch der allgemeinen medicinischen Literatur begrüssen. Obwohl das Werk bereits in № 27 dieser Wochenschrift als ein Theil des Nothnagel'schen Sammelwerkes besprochen ist, seien hier doch noch einige Worte über diese hervorragende literarische Erscheinung gestattet. Dieses Buch führt nicht nur das von seinen oben erwähnten Vorgängern begonnene Werk bis auf den heutigen Tag fort — und auch das allein wäre schon dankenswerth! — es unterscheidet sich von jenen auch in seinen Zielen, und damit auch in Umfang, Anordnung und Behandlung des Stoffes. — Jene Bücher sind hauptsächlich Nachschlagewerke und zwar in erster Linie für den Augenarzt bestimmt, der in ihnen in gedrängter Kürze alles Wissenswerthe und zugleich einen Wegweiser zu weiteren literarischen Studien findet. Hier haben wir es mit einem Buche zu thun, welches selbst den Stoff zu eingehendem Studium bietet und neben fremden Angaben eine Fülle eigener Beobachtungen enthält. Noch mehr als jene ist dieses Buch, als Theil der «speciellen Pathologie und Therapie» für den practischen Arzt bestimmt und den Bedürfnissen des Nichtspecialisten angepasst. Bei dem grossen Umfange des Werkes finden daher in diesem auch die Untersuchungsmethoden, die Diagnose und Therapie der Augenstörungen weitgehende Berücksichtigung. Manche dem Augenarzt bereits geläufigen klinische Bilder werden hier mit den zu ihrem Verständniss erforderlichen theoretischen Betrachtungen recapitulirt. Denjenigen Aerzten, welche sich nur wenig mit Ophthalmologie beschäftigen, wird hierdurch gewiss ein grosser Dienst erwiesen. Besonders wichtig sind in dieser Hinsicht die Capitel über die oft so schwierige Augenuntersuchung am Krankenbett und über die Diagnose der Augenmuskellähmungen. Ein weiterer Vorzug des Buches besteht darin, dass der Verf. sich bemüht, das in der Literatur vorhandene mächtige Thatsachenmaterial kritisch zu behandeln. Dies ist um so nothwendiger, als das berechtigte und bisher auch so fruchtbare Bestreben, Augenerkrankungen mit allgemeinen Störungen in Zusammenhang zu bringen, in letzter Zeit zu manchen Uebertreibungen und Täuschungen durch Verwechselung des «post hoc» mit dem «propter hoc» geführt hat. Ein Beispiel dafür geben die der Influenza zugeschriebenen Augenstörungen. Die Eintheilung des gesammten Stoffes ist die auch sonst übliche, nach den einzelnen Organsystemen. Das erste und wichtigste Capitel, über die Erkrankungen des Nervensystems, füllt gerade die Hälfte des ganzen Buches (280 von 559 Seiten) aus; zuerst werden die Augenstörungen, dann die einzelnen Nervenkrankheiten besprochen. Es folgen die Krankheiten der übrigen Organsysteme. Mit seinen Vorgängern theilt das Buch den grossen Vorzug einer gewissenhaften Sammlung und Ordnung der einschlägigen Literatur. Die den einzelnen Capiteln beigegebenen Literaturverzeichnisse bieten ein gewaltiges, in hohem Grade werthvolles bibliographisches Material; in ihrer Gesammtheit mögen sie nahe an 2000 Nummern enthalten! — Zu allen übrigen Vorzügen gesellt sich noch die treffliche Ausstattung und die gelungene Ausführung der instructiven Holzschnitte.

Das Buch sei hiermit nochmals unsern Lesern auf das wärmste empfohlen; es wird einem jeden Arzte zu einer Quelle reicher Belehrung und hohen Genusses werden.

Blessig.

R. Moericke: Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. — Sammlg. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Halle a/S. Verlag von K. Marhold 1898.

Verf. giebt eine recht eingehende Darstellung des normal sich abspielenden Menstruationsprocesses und der mit demselben einhergehenden Veränderungen des Gesammtorganismus. Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut während der Menstruation gehen die Ansichten der Autoren auseinander: die Einen (Leopold, Wyde etc.) meinen, dass es während der Blutung, die per Diapedesin stattfindet, zu Extravasaten in der Schleimhaut und Abstossung derselben kommt, Andere (Verf.) leugnen das Zustandekommen einer Regeneration der Schleimhaut. Auch die Beziehungen zu dem Ovulationsprocess ist ein vielfach umstrittener Punkt, doch ist daran festzuhalten, dass die Menstruation als ein von der Ovulation ausgehender reflectorischer Vorgang anzusehen ist. — Der zweite Theil der Monographie ist der Betrachtung der Dysmenorrhoe gewidmet. Diese theilt M. in eine Dysm. uterina, ovarica, tubarica und nervosa ein. Erstere drei Formen haben ihren Grund in der Affection des betreffenden Organes, letztere ist als eine zufällige Begleiterscheinung allgemeiner Nervosität aufzufassen. Bei der Dysm. uterina unterscheidet Verf. die Dysm. in principio pubertatis, D. ex hypoplasia uteri, D. ex anteflexione pathologica uteri, D. ex endometritide, D. membranacea, D. fibromyomatosa. Auf jede dieser Gruppen wird nach ihren Ursachen, Symptomen und der Behandlung eingegangen.

Lingen.

Lassar-Cohn: Praxis der Harnanalyse 2. Auflage. Verlag L. Voss. Hamburg. 1898.

Verf. macht den Lehrbüchern der Harnanalyse den Vorwurf, dass diese durch Aneinanderreihung einer Unzahl von Reactionen die Untersuchung unnöthig compliciren und die Uebersichtlichkeit beeinträchtigen. Um diesen Fehler zu vermeiden, giebt Verf. in seinem 40 pag. enthaltenden Werkchen, das lediglich das practische Bedürfniss des Mediciners ins Auge fasst, die Untersuchungsmethode der practisch wichtigen pathologischen Bestandtheile des Harns (Eiweiss, Zucker, Aceton, Acetessigsäure, Gallenfarbstoff, Urobilin, Blut, Indican, Aetherschwefelsäuren) an. Die Darstellung ist präcise übersichtlich und klar. Zum Zweck des Selbststudiums ist angegeben, wie der normale Harn durch Zusatz eines fremden Bestandtheiles pathologisch z. B. eiweiss- oder zuckerhaltig gemacht werden kann. Auch die Analyse des Magensaftes ist in Kürze besprochen. Zum Schluss findet sich ein Verzeichniss der für die betreffenden Analysen erforderlichen Reagentien.

Lingen.

M. Hofmeier: Grundriss der gynaecologischen Operationen. — Dritte vermehrte Auflage. Wien und Leipzig. Verl. v. F. Deuticke. 1898.

Der vielfach benutzte Grundriss, der bei seinem ersten Erscheinen auch an dieser Stelle besprochen worden, liegt uns in der 3. vermehrten Auflage vor.

Ein Vergleich mit der vorher erschienenen Auflage (1892) lässt sofort erkennen, dass die meisten Capitel sei es erweitert, sei es neu bearbeitet worden sind. Die seit 1892 auf allen Gebieten der operativen Technik gewonnenen Resultate sind verwerthet, das statistische Material bereichert worden. Am meisten bezieht sich dieses auf die operative Beseitigung der Geschwülste des Uterus, die Behandlung der Lageveränderungen und die der Adnexerkrankungen.

Ein Abschnitt, welcher in der früheren Auflage in Kürze behandelt ist und in dieser eine ausführlichere Besprechung findet, handelt von der Exstirpatio uteri abdominalis bei Fibromyomen.

H. berichtet über die Resultate dieser vorzugsweise von Martin bevorzugten Operation, die Modificationen von Richelot, Chrobak etc., meint aber, dass die technischen Schwierigkeiten viel bedeutendere seien, als die unter gleichen Verhältnissen in Betracht kommende Amputation, zumal die Resultate mindestens ebenso gut seien. Unter den Operationen wegen Lageveränderung des Uterus werden in gerechter Weise die Vortheile und Nachtheile der verschiedenen Methoden gegen einander abgewägt. Die in der letzten Auflage nicht angeführten Operationsverfahren die Vaginaefixatio (Duehrsen und Mackenrodt) mit den verschiedenen Modificationen, die Vesicofixatio (Mackenrodt) und die sog. vaginale Alexander-Operation (Wertheim) werden besprochen. Die Alexander-Operation (Verkürzung der Lig. rotunda) wird von H. mehr befürwortet, als früher, da sich in Deutschland erst in den letzten Jahren das statistische Material vervollkommnet hat. Der Abschnitt über die operative Entfernung der erkrankten Adnexe hat auch nach den Erfahrungen der letzten Jahre begreiflicherweise eine neue Bearbeitung erfahren.

Hiemit wäre in Kürze angedeutet, worin die neue Auflage des vortrefflichen Werkes Hofmeiers, das als ein Schmuck in der Bibliothek eines jeden Gynaecologen dienen kann, eine Erweiterung erfahren hat.

Lingen.

Dr. E. Schill (Dresden): Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1897. 4. Jahrgang. Verlag des «Reichs-Medicinal-Anzeigers». B. Konegen. Leipzig 1898. Preis 4 M. 50.

In den letzten Jahren hat sich mit dem stetigen Anwachsen der medicinischen Fachliteratur das Bedürfniss geltend gemacht nach kurzen Excerpten, Jahresberichten, welche aus der gesammten Literatur das wichtigste in Kürze bringend, einen vielbeschäftigten Arzt schnell über die neuesten Errungenschaften der einzelnen Gebiete zu unterrichten im Stande sind.

Der Jahresbericht von Schill ist jedenfalls geeignet seinen Zweck vollständig zu erfüllen und kann allen Aerzten, welcher therapeutischen Richtung sie auch angehören mögen, warm empfohlen werden. Ueber die Fortschritte der Diagnostik muss jeder Arzt unterrichtet sein, will er nicht in seinem Können und Wissen hinter dem Anderer zurückstehen. Verf. war bemüht alle wertvollen auf Diagnostik bezüglichen Angaben in der Literatur, welche sich oft an recht versteckten Orten fanden, zusammenzubringen. Der Stoff hat eine Eintheilung nach einzelnen Organsystemen gefunden, denen Capitel über Infectionskrankheiten, Vergiftungen, und Allgemeinzustand, Ernährung, Körpertemperatur vorausgeschickt sind. Ein am Schluss beigefügtes Autoren- und Sachregister erhöht sehr den Werth des Jahresberichts.

Hecker.

L. Galliard: La Grippe. Les actualités médicales, Librairie J. B. Baillière et fils. 1898 Prix 1 fr. 50 cent.

Eine neue Sammlung «les actualités médicales» ist im Erscheinen begriffen. Dieselbe soll aus kurzen Monographien bestehen, welche Abhandlungen über die «brennenden Fragen» der Medicin, der allgemeinen Pathologie, Bacteriologie Therapie und Chirurgie bringen werden.

Galliard's Monographie über die Grippe, als erster Band dieser Sammlung, bietet ein zusammenfassendes Werkchen über die Influenza, verfasst auf Grund der neuesten Forschungen sowohl französischer, als auch ausländischer Autoren über diese Infectionskrankheit. Uebersichtlich, knapp, frei von allem Nebensächlichen hat es G. dabei verstanden, den Stoff interessant zu behandeln. Die Arbeit umfasst sieben grössere Capitel: I. eine Epidemie, II. der Krankheitserreger, III. die Symptome, IV. die klinischen Variationen, V. Complicationen, VI. Behandlung, VII. Prophylaxe.

Wie bereits erwähnt, wurden von G. die betreffenden Forschungen vieler Autoren auf diesem Gebiete benutzt. Die Namen letzterer werden auch im Texte in ausgiebiger Weise genannt. Entschieden vermisst muss aber eine übersichtliche Quellenangabe werden. Bei einer eventuellen zweiten Auflage dieser Arbeit wäre eine solche sehr erwünscht.

Auf viele Texteinzelheiten eingehen zu wollen, würde zu weit führen. Folgendes ist aber von Interesse und soll kurz erwähnt werden. Faisans hat auf ein seiner Ansicht nach nicht zu unterschätzendes Symptom der Grippe hingewiesen und demselben eine Bedeutung beigemessen, wie es noch kein anderer Kliniker gethan, nämlich auf das Characteristische einer Influenzazunge. Auf pag. 25 werden nun von G. die Ausführungen des genannten Autors angeführt: «die Influenzazunge sei in ihrer Form und Grösse nicht verändert, sie sei stets feucht, die Papillen nicht vergrössert. Das Characteristische aber dieser Zunge bilde die Färbung. sie sei opalescirend, ähnlich einer bläulich weissen Porzellanfärbung oder der Farbe der plaques muqueuses. Die Zunge sei nun entweder in toto opal. oder aber seien die mittleren Partien und die Zungenbasis opal, die Ränder aber getigert. Besagte Färbung komme nicht durch Auflagerungen zu Stande: selbst die energischsten Reibeversuche vermögen nicht die Zunge von dieser Färbung zu befreien. In den ersten zwei bis drei Tagen der Krankheit komme es zur Bildung derartiger Zungenfärbung, welche während der ganzen Dauer der Krankheit anhalte. Häufig sei sie das einzige Zeichen dafür, dass die Erkrankung noch keinen Abschluss genommen. So lange die Zunge nicht normal geworden, sei stets, wenn auch der Kranke sich bereits einige Zeit vollkommen hergestellt fühle, ein Rückfall möglich».

Diesbezügliche Beobachtungen seitens anderer Kliniker wären jedenfalls nicht ohne Interesse.

Hecker.

Max Einhorn: Die Krankheiten des Magens. Mit 52 Abbildungen. Berlin S. Karger 1898. Preis 6 Mark. 344 pg.

Das Gebiet der Magenkrankheiten ist im letzten Jahrzehnte in Deutschland von so mannigfacher und autoritativer Seite bearbeitet worden, dass es im Augenblicke noch schwer und jedenfalls verfrüht erscheinen könnte etwas Neues zu suchen. Wenn wir trotzdem auf die vor Kurzem erschienene deutsche Ausgabe des in englischer Sprache zuerst herausgegebenen Buches von Einhorn aufmerksam machen, so liegt der Grund dafür in dem praktischen Werth, welcher demselben zukommt. Es ist kurz gefasst, durchaus anregend geschrieben und enthält manche nützliche Rathschläge über Diät und Behandlung, wie sie Verf., ein Schüler Ewald's, nach zehnjähriger Thätigkeit als Specialarzt für Magenkranke in New-York wohl zu geben imstande ist.

Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

640. Sitzung am 14. April 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär: Herr Henking.

Herr Tiling spricht über Obturationsileus.

In seinem zum ausführlichen Drucke bestimmten Vortrage theilt Referent eingehend fünf auf acuten Darmverschluss bezügliche Krankengeschichten mit. — In den beiden ersten Fällen handelte es sich um Abknickung von Dünndarmschlingen, welche durch alte, strangartige peritonitische Verwachsungen herbeigeführt wurde. Im ersten Falle (35-jährige unverheirathete Dame) wurde die Occlusion gehoben nach Durchschneidung eines an der linken Seite der Radix Mesenterii sitzenden Pseudoligamentes; eines zweiten in der Coecalgegend zur vorderen Bauchwand und vieler leichten im kleinen Becken; im 2. Falle (28-jähriger Mann) lagen die Verhältnisse dem ersten ähnlich; doch mussten 2 Adhäsionen gelöst und ausserdem ein 8 cm. langes Stück Dünndarm circulär resecirt werden. Beide Kranke genasen. — Im 3. Falle (32-jähriger Mann) lag eine sehr hochgradige Stenose des Ileum infolge von vor circa ½ Jahr glücklich überstandener Invagination eines ¾ Arschin langen Dünndarmabschnittes, vor. Statt eine circuläre Resection des stenosirenden Narbenringes vorzunehmen, zog Tiling es vor, das Hinderniss durch eine dem Heineke-Mikulicz'schen Verfahren bei Pylorusenge nachgebildete Operation zu beseitigen. Genesung. — In den beiden letzten Fällen bestand Gallensteinileus. Eine 64-jährige Dame erholte sich rasch von den Erscheinungen hochgradiger Occlusion nach spontanem Abgange des Steines. Der 5. Patient erlag unter schwersten Ileuserscheinungen: ein operatives Vorgehen war angesichts der bereits hochgradig geschädigten Herzthätigkeit untersagt.

In der epikritischen Besprechung seiner Krankengeschichten hebt Referent die Besonderheiten jedes einzelnen Falles hervor und beleuchtet eingehend die Schwierigkeiten, die sich der präcisen Diagnosestellung sowohl bezüglich der speciellen Form der Occlusion wie auch bezüglich ihres Sitzes bieten können. Aus den mitgetheilten Fällen ergiebt sich Vortragendem der Wink, bei der Aufnahme der Anamnese in ätiologischer Beziehung auch zeitlich sehr entfernt liegende Momente zu berücksichtigen. Als disponirende, die Bildung der Pseudoligamente bedingende Störung muss in seinen beiden ersten Fällen eine Erkrankung an Ileotyphus angesehen werden, die jedoch in dem einen Falle 10 Jahre, in dem anderen sogar 18 Jahre zurück lag. — In dem einen Fall von Gallensteinileus hatte die Patientin vor 4 Jahren einen Anfall von Gallensteinkoliken durchgemacht, der aber so wenig intensiv war, dass ihm sowohl seitens der Patientin wie auch seitens des Arztes, von dem die Behandlung seinerzeit geleitet wurde, gar keine Bedeutung beigelegt wurde. Demnach erweist es sich, dass dieses Ereigniss mit der späteren Einklemmung des Steines im Darme in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden muss. Bei dem häufig bestehenden Mangel an directen und objectiven Anhaltspunkten, kann durch die Berücksichtigung solcher Einzelheiten unter Umständen Licht gebracht werden in das dunkle Gebiet der Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Formen und des Sitzes des Obturationsileus.

Discussion.

Herr Moritz: In seinem Vortrage hat Referent neben anderen, den Occlusionsmechanismus berührenden Punkten auch auf den nicht selten anzutreffenden, jedoch nicht leicht zu erklärenden Umstand hingewiesen dass alte peritonitische Verwachsungen und Strangbildungen Jahre existiren können, ohne bedrohliche Erscheinungen hervorzurufen, um dann ganz plötzlich, in acutester Weise, zu einer Occlusion durch Abknickung des Darmes Veranlassung zu geben. Herr M. meint nun, zur Erklärung dieser Thatsache, darauf hinweisen zu müssen, dass ungleichförmige Anfüllung der Därme mit Kothmassen bei chronischer Obstipation zu einer bedeutenden Differenz im Umfange dicht bei einander liegender Darmabschnitte führen können. Beobachtungen am Krankenbett und am Obductionstisch haben ihn darüber belehrt, dass namentlich am linken Colonknie solche Verhältnisse vorzukommen pflegen: die Flexur erweist sich nur daumendick, während die obenliegenden Darmpartien durch beständige Kothstauung sehr gedehnt sind. Es lässt sich nun sehr wohl der Fall denken, dass bei weiterer Zunahme dieses Missverhältnisses schliesslich der Moment eintreten kann, wo auch verhältnissmässig geringe Verwachsungen zu einer vollständigen Unterbrechung der Circulation des Darminhaltes führen können.

Herr Westphalen: unter solchen Umständen mag es sich auch um eine Art von Ventilverschluss des Darmlumens handeln. — Bezüglich der Erscheinungen des Gallensteinileus wäre darauf aufmerksam zu machen, dass für denselben ein Wechsel der Symptome als charakteristisch von mehreren Autoren angegeben wird: neben Perioden einer vollständig festen Contraction des Darmrohrs um den Stein, treten Phasen einer Lockerung des Verschlusses ein; die Folge hiervon ist, dass von Zeit zu Zeit doch noch etwas Fäces neben dem Steine durchtreten können.

Herr Tiling: Zuzugeben ist, dass dieses thatsächlich bei Gallensteinileus vorkommmt; doch sieht man Aehnliches auch bei anderen Formen des acuten Darmverschlusses, so dass dieses Symptom kaum als charakteristisch für Galleinsteinileus angesehen werden kann.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1272 Sitzung am 9 Februar 1898.

1) Herr Assmuth hält einen Vortrag über Harnretention. Die Harnretention in der Blase kann eine acute, vollständige und eine chronische, unvollständige sein. Erstere tritt so stürmisch ein, liefert so prägnante Symptome, dass sie kaum jemals den Grund zu diagnostischen Schwierigkeiten abgeben dürfte. Letztere kann unter Umständen durch eine acute Harnverhaltung zu einer acuten vollständigen Retention führen und wird dann gerade oft als eine chronische unvollständige erkannt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die chronische Harnretention schleichend und sehr allmählich, indem bei jeder Miction ein Minimum von Residualharn in der Blase zurückbleibt, diese Mengen sich sammeln und so allmählich zu den kolossalsten Dilatationszuständen der Harnblase führen können, derart dass dieselbe bis zu 15 Liter Harn enthalten kann. Die Symptome der chronischen unvollständigen Harnretention sind folgende: das constanteste Symptom ist die erhöhte Mictionsfrequenz hauptsächlich am Tage, im Gegensatze zu der gleichfalls erhöhten Mictionsfrequenz der Prostatiker, welche hauptsächlich Nachts in Erscheinung tritt. Ein weiteres Symptom der chronischen Harnretention ist die Bestimmbarkeit einer erweiterten Harnblase über der Symphyse durch Palpation und Percussion. Letztere kann dadurch erschwert werden, dass unter Umständen die dilatirte Harnblase gewissermassen zwischen den Därmen in die Höhe steigt, derart, dass zwischen ihr und der vorderen Bauchwand sich Darmschlingen vorlagern, die dann naturgemäss einen tympanitischen Percussionsschall bedingen müssen. Sehr oft verräth sich die chronische Harnretention durch Digestionsbeschwerden (Anorexie, erhöhtes Durstgefühl, Foetor ex ore, Trockenheit des Mundes, charakteristische rothe, oft in der Mitte bräunlich belegte Zunge, unmotivirte, zuweilen blutige Diarrhöen, oder mit Diarrhöen abwechselnde Verstopfung). Diese Digestionsstörungen müssen auf Harnresorption zurückgeführt werden und können gerade mit dem Beginne einer Behandlung scharf in den Vordergrund treten. Harnretentoren zeichnen sich ferner durch ein kachectisches Aussehen aus, sowie durch eine auffallende Trockenheit der Haut. Die 24-stündige Harnmenge pflegt normal, zuweilen vermehrt zu sein. Zuweilen findet sich im Urin Eiweiss, welches mit der Besserung der Retention schwindet.

Die Ursachen der chronischen Harnretention sind mechanische und dynamische. Zur Gruppe der ersteren zählt die Prostatahypertrophie, Stricturen, Fremdkörper und Steine der Prostata und Urethra post. Zu den aus dynamischen Ursachen hervorgegangenen Harnretentionen sind zu rechnen: die Blasenatonie der Greise, bei welchen es sich augenscheinlich um eine Myosklerose der Blasenwand handelt, ferner,—und es sind dieses gerade die allerhäufigsten Fälle — die Tabes und zwar gerade in ihren frühesten Phasen, zu einer Zeit, wo sonst noch weitere Tabessymptome fehlen, die Reflexe noch normal oder noch ge-



steigert sind. Stets wird in solchen Fällen Lues in der Anamnese zugegeben. Zu der chronischen Harnretention aus dynamischen Ursachen könnten noch die seltenen Fälle von Cystoplegia gerechnet werden, bei denen, sei es infolge von Fractur oder Luxation der Wirbel, es auch zu einer unvollständigen Harnretention kommen kann.

Was die Therapie anbetrifft, so setzt hier zunächst bei *der* Harnretention aus mechanischen Ursachen, die causale operative Therapie ein, mag dieselbe nun in einer Castration, der Resection der Vasa deferentia oder in einer galvanocaustischen endovesikalen Vernarbung eines Theiles der Prostata nach Bottini bestehen. Zur Zeit sind die Acten über den Werth dieser Operation noch nicht geschlossen. — Wichtig ist die Frage, ob bei einer chronischen Harnretention die Harnblase per Catheter entleert werden soll, oder, da nach dem Catheterisiren oft das stürmische Bild der Harnresorption und andere ernste Zustände eintreten können, ob nicht vorzuziehen sei, die Pat. erst vorsichtig durch Ernährung zu kräftigen und sie langsam durch Bougiren an die Einführung des Catheters und die Entleerung der Blase zu gewöhnen. Dieses Verfahren empfiehlt sich bei allen älteren Retentoren, namentlich bei denjenigen, wo etwa vergrösserte und druckempfindliche Nieren darauf hinweisen, dass sich die Retention bis in das Nierenbecken hinein fortgesetzt hat. Bei jungen Retentoren, namentlich bei denjenigen, wo das erwähnte aetiologische Moment in einer beginnenden Tabes gefunden wird, ist eine raschere Entleerung mehr indicirt, um so mehr noch, als bei diesen eine nach dem Katheterisiren einer Harnretention aus mechanischen Ursachen stets eintretende Trübung des Urins meist auszubleiben pflegt. Vielleicht lässt sich diese Thatsache durch die Concurrenz der uns noch unbekannten Syphilisbacterien mit anderen Spaltpilzen erklären.

Discussion.

Herr Westphalen fragt an, ob Ref. bei seinen Harnretentionen, bei denen als ätiologisches Moment beginnende Tabes anzunehmen ist, gleichzeitig auch functionelle dyspeptische Beschwerden, speciell gastrische Crisen beobachtet hätte. Wie Ref. in den Harnretentionen eines der allerfrühesten Symptome der Tabes erblickt, so ist er, Westphalen, geneigt, die gleiche Bedeutung für das periodische Erbrechen in der Form gastrischer Crisen in Anspruch zu nehmen. Es scheine dieses Erbrechen sich oft mit Störungen der Innervation der einen oder beider Pupillen zu combiniren und macht den Eindruck, dass es den übrigen Symptomen der Tabes, speciell dem Erloschensein der Reflexe zeitlich lange vorausgehen kann. Von einer mercuriellen Behandlung blieben diese Formen des periodischen Erbrechens stets unbeeinflusst.

Herr Schröder betont, dass Störungen in der Innervation der Pupillen sicher zu den allerfrühesten Symptomen der Tabes gehören.

Herr Assmuth bemerkt hierzu, dass seine Fälle von tabischer Frühharnretention in der That dyspeptische Beschwerden, jedoch keine gastrischen Crisen darboten und dass auch bei den chron. Harnretentionen eine mercurielle Behandlung völlig resultatlos verläuft.

Herr Tiling erwähnt einen Fall seiner Beobachtung, wo eine acute Harnretention bei einer 30-jährigen Frau augenscheinlich in Folge eines Hirngumma bestand, da auch die gleichzeitig vorhandenen cerebralen Symptome in Folge einer antiluetischen Behandlung schwanden. Des weiteren erkundigt sich Herr Tiling, ob es gefahrlos sei, einen Prostatalappen operativ zu entfernen oder ob hierbei eine grössere Blutung zu befürchten sei.

Herr Assmuth betont die Seltenheit der Fälle von Harnretention aus cerebraler Ursache und macht darauf aufmerksam, dass Harnretention bei Frauen, falls man von den hysterischen Frauen absehe, als allgemein sehr selten beobachtet wurde. Was die etwaige Entfernung eines Theiles der Prostata anbetrifft, so scheine der mittlere Lappen sehr fibrös und arm an Blutgefässen zu sein, könne auch gefahrlos exstirpirt werden, die seitlichen Lappen dürften ihrer Structur wegen schwieriger zu entfernen sein. Auch würde wohl kaum durch eine solche Ablation viel gewonnen werden, da bei alten Prostatikern auch die Blasenmuskulatur zu atrophiren und insufficient zu werden pflegt

Herr Wanach fragt an, ob die Gefahr einer raschen Entleerung der Harnblase per Catheter in einer Infection der mechanisch insufficienten Blase durch die in der hinteren Uretbra belegenen Bacterien zu suchen sei. In einem solchen Falle liesse sich die Gefahr der Infection durch eine Punction der Blase umgehen. Was den Effect der Castration oder Resection des Samenstrangs anbetrifft, so sei derselbe noch sehr unklar, könne jedenfalls nicht allein dadurch erklärt werden, dass infolge der Operation die Prostata atrophire. Es seien mehrere Fälle bekannt, wo das Uriniren fast momentan nach der Operation ermöglicht wurde, zu einer Zeit, wo eine Atrophie der Prostata unmöglich hätte erfolgen können.

Herr Assmuth sieht die Gefahr einer raschen Entleerung der mechanisch insufficienten Harnblase sowohl in einer Infection derselben durch Mikroorganismen, als auch namentlich darin, dass hierbei sehr leicht eine Blutung ex vacuo in die Harnblase erfolgen kann.—In Fällen, wo trotzdem eine rasche Entleerung der Harnblase erforderlich ist, wäre die Sectio alta das Idealverfahren. Gegen die Kastration und Resection der Vasa deferentia müsse angeführt werden, dass beide Operationen das Geschlechtsleben zerstören, mithin bei jungen Leuten contraindicirt sind, und auch bei alten Leuten der Erfolg der Operation ein zweifelhafter sein könne, da selbst trotz eintretender Prostataatrophie immer an die Möglichkeit einer Atrophie und Insufficienz der Blasenmuskulatur gedacht werden müsse.

Herr Wladimiroff berichtet, dass in seinem Laboratorium z. Z. Dr. van Niessen mit der Frage der Syphilis-Mikroben beschäftigt ist. Dieser hat bei Syphilitikern einen Bacillus entdeckt, welcher möglicherweise in Beziehung zur Syphilis stehen dürfte. Van Niessen fand den Bacillus auch im Harn von Spätluetikern. Sollte sich die Beobachtung van Niessen's bestätigen, so wäre möglicherweise das Ausbleiben einer Harntrübung nach Katheterisiren von Blasenretentionszuständen der angehenden Tabetiker in der vom Ref. angedeuteten Weise mit der Anwesenheit der Syphilisbacillen in der Blase in Beziehung zu bringen.

2) Herr Hörschelmann referirt die Krankengeschichte seiner Tochter, eines 11jährigen Kindes. Dieselbe erkrankte den 29. December 1897 an Diphtherie. Am 30. December fanden sich dicke Beläge der Rachenschleimhaut. Dieselben enthielten Löffler's Bacillen fast in Reincultur. Heilseruminjectionen von 1500 Immunitätseinheiten. Am 31. December Beläge verschwunden, leichte Drüsenschwellung am Halse. Am 1. Januar Temperatur normal. Von jetzt ab völliges Wohlbefinden. Am 11. Januar im Rachenschleim Löffler's Bacillen in geringer Menge. Am 18. Januar ergab die Untersuchung des Rachenschleims, trotzdem die Pat. in eine völlig desinficirte Umgebung übergeführt worden war, massenhaft Diphtheriebacillen. Ordination: Carbolspiritüspinselung des Rachens und desinficirende Mundspülungen. Am 22. Januar Löffler's Bacillen im Rachenschleim, am 4. Februar wenig Diphtheriebacillen, mit Diplococcen und Streptococcen. Am 6. Februar liess Ref. das Kind 4 Stunden hindurch Formalindämpfe aus einer Formalinlampe einathmen, was bis auf geringe sich hierbei einstellende Kopfschmerzen sehr gut vertragen wurde. Am 7. Februar Wiederholung der Anwendung der Formalindämpfe zu je 2¹/₄ und 3 Stunden. Während am 6. Februar vor Anwendung der Dämpfe noch massenhaft Löffler's Bacillen im Rachenschleim constatirt wurden, konnten dieselben bei einer Untersuchung am 7. Februar nur noch in sehr spärlicher Anzahl entdeckt werden. Diese Beobachtung dürfte den augenscheinlichen Nutzen der Formalindämpfe im Hinblick auf die Vernichtung der Diphtheriebacillen im Rachen beweisen.

Discussion.

Herr Koch weist auf die Misslichkeit hin, welche dadurch entstehe, dass die Schulhygiene verlangt, dass bei der Wiederaufnahme des Schulbesuches nach überstandener Diphtherie ein Attest darüber beigebracht werde, dass die Bacillen Löfflers im Rachenschleim nicht mehr angetroffen wurden. Die Beobachtung und die Krankengeschichte seines Sohnes beweise, dass trotz völligen Wohlbefindens noch viele Wochen nach überstandener Krankheit Diphtheriebacillen im Rachenschleim nachgewiesen werden können. Bezüglich der Formalindämpfe erwähnt er (Koch), dass den Angaben Koberts zu Folge das Formalin sich ganz besonders deswegen empfehle, weil es speciell die Spaltpilze abtödtet, höher organisirte Gewebe unbeeinflusst lässt.

Herr Fremmert theilt gleichfalls eine Beobachtung aus seiner eigenen Familie mit, dass Diphtheriebacillen noch 6 Wochen nach Beginn der Erkrankung im Rachenschleim auffindbar waren.

Herr Lunin macht auf die Schwierigkeit des bakteriologischen Nachweises der Diphtheriebacillen aufmerksam, welche namentlich aus der Aehnlichkeit der Diphtheriebacillen Löfflers mit den sog. Pseudodiphtheriebacillen erwachsen, um so mehr noch als es auch unter den letzteren virulente Species zu geben scheint. Ferner sei es bekannt, dass Löfflers Diphtheriebacillen noch nach 3 Monaten nach überstandener Krankheit im Rachenschleim sich aufhalten und wenigstens für Thiere noch virulent sein können.

Dieser Thatsache stehen wieder zahlreiche andere Beobachtungen gegenüber, denen zufolge aus dem Hospital entlassene Patienten, welche noch Diphtheriebacillen im Rachen enthielten, in ihrer Umgebung keine Infection bewirkten.

In gleichem Sinne spricht sich auch Herr Wladimiroff aus, indem er auf das verschiedene Maass der Virulenz und Pathogenität einer und derselben Bacterienspecies aufmerksam macht, — was augenscheinlich von den verschiedenen Bedingungen des jeweiligen Nährbodens abhängt. Ob ein Pat., welcher Diphtherie überstanden hat, noch als infectiös anzusehen sei, darüber entscheide keineswegs allein der Nachweis

von Diphtheriebacillen im Rachenschleim, sondern erst der Nachweis der Virulenz dieser Diphtheriebacillen.

Herr Hörschelmann betont ganz besonders im Hinblick auf die von Herrn Koch angeregte Frage der Schulhygiene die Bedeutung der Formalinlampe, da dieselbe ausreichend im Stande ist, in relativ sehr kurzer Zeit die Diphtheriebacillen aus dem Rachen zum Verschwinden zu bringen und andererseits keinen schädlichen Einfluss auf den Organismus zu entfalten scheine.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. H. Westphalen.

Nachtrag bei der Protocollverlesung.

Herr Hörschelmann: Die im Vortrage ausgesprochenen günstigen Einwirkungen der Formalindämpfe im Sinne einer Abtödtung der Diphtheriebacillen im Rachen hat sich in der Folge leider nicht bestätigt, da in dem Rachenschleim der Pat. trotz völligen Wohlbefindens und trotz noch weiterer mehrmaliger Anwendung der Formalinlampe sich noch zur Zeit — also 68 Tage nach überstandener Diphtherie — Löffler-Bacillen nachweisen lassen. Trotzdem hat Ref. die Pat. in die Familie zurückgebracht. Während dieser Zeit erkrankten allerdings 4 weitere Mitglieder derselben an acuter fieberhafter Angina, Drüsenschwellung am Halse und leichten Belägen der Tonsillen und der hinteren Rachenwand, jedoch erwies eine in jedem Falle ausgeführte Untersuchung des Rachenschleims die Abwesenheit der Diphtheriebacillen in demselben. Daraus scheine geschlossen werden zu dürfen, dass wohl die Löffler'schen Bacillen in der That noch lange nach überstandener Diphtherie im Rachen verbleiben können, jedoch augenscheinlich an Virulenz einbüssen dürften[1]).

[1]) Anmerkung: Zum letzten Male wurden Diphtheriebacillen im Rachenschleim der Pat. am 17. März, 75 Tage nach Beginn der Erkrankung constatirt, am 29. und 31. März nicht mehr gefunden.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 15. October 1897.

Koppel hält einen Vortrag: Zur Nomenclatur der Lepraformen.

Trotz vielfacher guter Beschreibungen aller Leprasymptome, bestehen immer noch verschiedene Gruppirungen ihrer einzelnen Formen nebeneinander, wobei unter derselben Bezeichnung nicht immer dieselben Formen verstanden oder dieselben Formen nicht immer gleich benannt worden sind. Vom praktischen Standpunkt aus wäre es am wünschenswerthesten dass durch die Benennung die Hauptsymptome einer Gruppe möglichst genau angegeben werden könnten.—Bei der bisherigen Gruppirung und Benennung sind 2 Gesichtspunkte maassgebend gewesen 1) die an der äusseren Haut constatirbaren Symptome (Lepra tuberosa maculosa, anaesthetica) 2) die vorwiegend vom Krankheitsprocess ergriffenen Organe (L. cutanea, L. nervorum). Da die letzteren Benennungen das vorliegende Krankheitsbild nur sehr schwer erkennen lassen, man z. B. bei dem Namen Lepra nervorum nicht weiss, ob im gegebenen Falle nur einige kleine anaesthetische Hautflecke oder ausgedehnte Anaesthesien und Atrophien vorhanden sind, da aber jede genauer bezeichnete äusserliche Erscheinung sofort ersehen lässt, ob die Haut oder die Nerven vorwiegend afficirt gewesen, so muss der ersteren Eintheilung vor der zweiten entschieden der Vorzug gegeben werden. Danach haben Danielsen und Boeck die Lepra in 2 Hauptgruppen getheilt: L. tuberosa und L. anaesthetica, zwischen beiden Formen noch die L. tuberculo-anaesthetica zulassend. Hansen und Looft haben auch den Flecken in der Nomenclatur einen Platz anweisen wollen und die 2. Form Lepra maculo-anaesthetica genannt, dabei aber die Zwischenformen weggelassen. Es lässt sich nach der Eintheilung von Danielsen und Boeck das Vorhandensein der Flecken, nach der von Hansen und Looft das Vorhandensein der Anaesthesien ohne Flecke nicht angeben. Ein Hauptmangel den beide Eintheilungen mit derjenigen in L. cutanea und nervorum gemein haben ist der, dass alle Krankheitsformen in nur 2 Gruppen zusammengefasst werden. Die meisten Leprafälle sind aber Mischfälle mit ganz allmäligen Uebergängen; sobald nun aber solch ein Mischfall vom Untersucher mit dem einen oder anderen Namen bezeichnet wird, muss ihm jeder, der den Namen liest, alle Charakteristica der einen oder anderen reinen Form beilegen.—Statt der 2 hat Kaposi 3 Hauptformen angenommen. L. tuberosa, maculosa und anaesthetica, er führt aber zwischen den Hauptformen keine Nebenformen an und grenzt die L. maculosa gegen die L. anaesthetica, sowie gegen die L. tuberosa viel zu ungenau gegen einander ab, so dass seine Eintheilung vor den anderen keine Vorzüge besitzt, obgleich sonst durch Einführen von 3 Hauptformen jeder einzelne Fall viel genauer bezeichnet werden könnte als durch zwei.— Es lassen sich 3 Arten von den als Flecke oder Maculae bezeichneten Lepraerscheinungen unterscheiden:

1. die von mehreren Autoren als Prodromalerscheinungen der Lepra tuberosa oder cutanea angeführten unregelmässigen, meist hellgelb gefärbten Pigmentationen, in der Regel an Armen und Beinen vor dem Erscheinen der eigentlichen Knoten vorkommend, in deren Gebiet viele dunkler pigmentirte Punkte zu finden sind. Diese Flecke weisen keine merklichen Sensibilitätsstörungen auf, stehen in engstem Verhältniss zu den Knoten.

2. Meist ausgedehnte unregelmässig geformte, grösstentheils scharf begrenzte, oft recht dunkel pigmentirte mehr weniger flächenhaft infiltrirte Flecke, wobei keine ausgesprochenen Knoten bestehen, die Stirnhaut jedoch meist verdickt ist, die Augenbrauen ausfallen. Veränderungen an den Hornhäuten, der Rachen- und Mundschleimhaut zu sehen sind. Sensibilitätsstörungen seltener.

3. Anfänglich als kleine bräunliche weiche Hautinfiltrationen auftretende, scharf umgrenzte peripherwärts wachsende, in der Mitte abflachende und abblassende, daselbst Sensibilitätsstörungen aufweisende Flecke. Bevorzugter Sitz die unteren seitlichen Rippengegenden. Cornea und Schleimhäute bleiben intact. Bacillen im Gegensatz zu den beiden erst beschriebenen Arten selten oder garnicht vorhanden. In der Folge Auftreten von Atrophien an den Praedilectionsstellen, sowie Anaesthesien auch ausserhalb der Flecke, Lochgeschwüre an den Fusssohlen. Diese Flecke können ganz schwinden, nur Anaesthesien und Atrophien hinterlassend. Die Flecke dieser letzten Art sind allen übrigen Lepraerscheinungen gegenüber so gut unterscheidbar, dass man sie sehr gut als eine 3. Hauptgruppe anführen kann, Vortragender möchte daher nur diese letzteren Flecke als Maculae und die Hauptform als Lepra maculosa benannt wissen. Als Lepra anaesthetica endlich wären nur die reinen anaesthetischen Formen, die mit den Atrophien Hand in Hand gehen zu bezeichnen, wobei es gleichgültig wäre, ob sie primär aufgetreten oder erst als Folge der L. maculosa entstanden sind. Wie die leprösen Infiltrationen bei der Lepra tuberosa sich über das Hautniveau erheben, bei der L. maculosa in der Haut und den angrenzenden Nervenstämmen sich ausbreiten, können sie bei der Lepra anaesthetica unter der Haut (ohne deren Mitbetheiligung) hauptsächlich die Nervenstämme ergreifen. Mit Hansen, der Fälle wo die Maculae seit Jahren geschwunden sind, als ausgeheilte vernarbte Lepra ansieht, kann Redner nicht übereinstimmen, da er Fälle beobachtet hat, die seit langen Jahren (in einem Fall waren es über 20) keine Flecke mehr gehabt hatten und bei denen dennoch die charakteristischen Atrophien an Händen, Füssen und Gesicht fortschritten. Im Hinblick hierauf und auf die primär auftretenden Anaesthesien muss die anaesthetische Form als selbständige 3. Gruppe abgetrennt werden, nicht etwa nur als Endstadium der L. maculosa. Dass ein Fall von L. tuberosa soweit jede Spur von Tubera verlieren könnte, dass er zur anaesthetica gezählt werden kann, scheint sehr zweifelhaft zu sein. Endlich sei noch die L. mutilans der Autoren erwähnt. Mutilationen kommen jedoch bei allen Lepraformen vor, sei es durch Eiterungsprocesse wie bei der L. tuberosa oder als Folge von atrophischen Processen der Muskeln und der Knochen, wie bei der maculösen und anaesthetischen Form. Für die Eintheilung der Lepra sind sie deshalb nicht verwerthbar.

In den Tuberis, Maculis und Anaesthesien wären 3 gut charakterisirte Gruppenmerkmale gegeben, nach denen man die Lepra in ihre 3 Hauptformen: tuberosa, maculosa und anaesthetica eintheilen kann.

Ein Vorzug dieser Eintheilung wäre noch der Umstand, dass die 3 Gruppen in der oben genannten Reihenfolge gewissermaassen 3 Hauptentwicklungsstadien der Krankheit entsprechen, da oft die Symptome der folgenden Gruppe zu oder an Stelle derjenigen der vorhergehenden treten, während eine umgekehrte Folge der Symptome sehr selten vorzukommen pflegt. Es braucht aber die Krankheit nicht alle diese Stadien durchzumachen, sondern kann von vorn herein als L. maculosa oder L. anaesthetica auftreten und den der Form eigenthümlichen Verlauf nehmen. Zwischen die Hauptformen liessen sich dann diejenigen Fälle einreihen, welche die Merkmale zweier Gruppen zeigen, nach dem Vorbilde von Daniellsen und Boeck können diese dann mit einem beide Benennungen zusammenfassenden Namen belegt werden, so dass wir 6 Gruppen bekämen: Lepra tuberosa, tubero-maculosa, maculosa, maculo-anaesthetica, anaesthetica, tubero-anaesthetica. Als L. tuberosa wären die rein tuberösen Formen mit den meist als prodromi auftretenden Flecken (sub. 1 beschrieben) zu bezeichnen. Zur Lepra tubero-maculosa würden die Fälle zu rechnen sein, wo neben Tuberis oder Infiltrationen die 2. oder 3. Art der oben beschriebenen Flecke sich findet. Zur L. maculosa die mit den als 3. Art von Flecken beschriebe-



nen, den echten Maculis behafteten Fälle. Zur L. maculo anaesthetica diejenigen Fälle, wo neben noch vorhandenen (echten) Maculis ausgedehnte, sich nicht mehr an die Maculae haltende Anaesthesien event. auch Atrophien zu finden sind. Zur L. anaesthetica wo ausser Anaesthesien und Atrophien an der Haut sich nichts findet. Zur L. tubero-anaesthetica endlich die vorgeschrittenen Fälle von L. tuberosa, wo neben den Resten von Tuberis und Infiltrationen schon ausgedehnte Anaesthesien und Atrophien angetroffen werden.

Auf diese Weise würde auch die Einführung neuer Namen nach Möglichkeit vermieden, die L. tubero-anaesthetica würde der gleichnamigen Form von Daniellsen und Boeck entsprechen, die maculo-anaesthetica nicht weit abweichen von der gleichnamigen von Hansen und Looft. Nur die Bezeichnung L. tubero-maculosa würde, wenn auch nicht neu, so doch eine neue Zusammenfassung sein.

Da also diese Eintheilung und Benennung keine weitere Confusion in die früheren Eintheilungen und Benennungen bringt, dagegen durch die Benennung selbst die betreffende Gruppe charakterisirt und dadurch das Einreihen eines vorliegenden Falles in eine bestimmte Gruppe erleichtert, endlich uns erlaubt das augenblickliche Krankheitsstadium und somit den weiteren Verlauf eines Falles zu beurtheilen, so glaubt Vortragender, dass sie besonders für den Gebrauch in der Praxis den früheren Eintheilungen vorzuziehen wäre (Autoreferat).

Nach dem Vortrage Demonstration einer grossen Anzahl stereoscopischer Photographien.

Discussion

Dehio stimmt im Allgemeinen mit Vortragendem überein Der Vorzug der Eintheilung besteht darin, dass unter die 6 Bezeichnungen alle Fälle subsumirt werden können, wo man durch eine kurze Bezeichnung verständlich machen will, was vorliegt. Doch betont er, dass es eben nur Bezeichnungen des augenblicklichen Zustandes, in welchem sich die Krankheit befindet, sind, nicht 6 verschiedene Formen der Lepra.

Hansen und Looft unterscheiden die L. tuberosa und maculo-anaesthetica. In frühen Stadien der L. maculo-anaesthetica findet man charakteristische Flecke, die leicht erkennbar durch früh auftretende Anaesthesien, peripheres Wachsthum und centrale Atrophie sind. An den peripheren bräunlich-röthlichen Wall schliessen sich anaesthetische Partien, die sich nicht an das Verbreitungsgebiet bestimmter Nerven halten—demgemäss nicht als trophische Störungen aufzufassen sind, wie Unna und Arming es wollen, die behaupten, dass es Folgeerscheinungen der Nervenerkrankung sind, nicht durch den Leprabacillus direct verursachte Veränderungen. Ihr peripheres Wachsthum und die Unabhängigkeit von der Verbreitung bestimmter Nerven widerlegen diese Ansicht. Sind derartige Flecke allein vorhanden, so haben wir es mit der reinen Lepra maculosa zu thun, treten, was meist geschieht Anaesthesien im Bereich der gesunden Haut, trophische Störungen der Musculatur und des Sceletes hinzu, so kann man mit Recht von Lepra maculo-anaesthetica resp. maculo-neurotica sprechen. Bei sehr chronischem Verlauf können die Flecke völlig schwinden, es bleiben nur trophische und sensible Störungen. Daher ist es fraglich, ob die L. anaesthetica primär als solche auftreten kann, ob sie nicht immer das Ausgangsstadium der L. maculosa ist.

Die 2. grosse Gruppe bilden die Fälle der Lepra tuberosa. Im Beginn tritt hier die Erkrankung der Haut in den Vordergrund, im weiteren Verlauf treten auch hier Anaesthesien und Muskelatrophien auf, nachdem die Nerven ergriffen worden sind. Theoretisch könnte aus der Lepra tuberosa als Endausgang das reine Bild der L. anaesthetica resultiren, ob es in praxi beobachtet worden ist, ist Dehio unbekannt. Also auch hier würde es sich um 2 verschiedene Stadien eines Krankheitsprocesses handeln. Wichtig ist der Unterschied im Bacillenbefund: während sich bei der L. tuberosa immer massenhaft Bacillen finden, kommen sie bei der L. anaesthetica garnicht oder höchst vereinzelt vor. Die Maculae der 1. Art Koppels kommen in engem Connex mit der L. tuberosa vor. Alvares will in diesen Pigmentationen massenhaft Bacillen gefunden haben, ob er aber nicht flache Hautinfiltrationen untersucht hat, ist fraglich. Weber in Halle, der seinen Fall zur Lepra anaesthetica rechnet hat ebenfalls Bacillen gefunden. Nun zeigt sein Patient aber deutliche Tubera, braunpigmentirte Flecke und beginnende Anaesthesien, so dass Hansen, Neisser, Unna und Dehio den Fall für L. tuberosa erklären.

Der Ausdruck L. tubero-maculosa erscheint Dehio gefährlich, da man nicht weiss, ob die Maculae aus früheren Tuberis entstanden sind oder die richtigen eigentlichen Maculae der 3. Form Koppels. Die L. tuberosa und L. maculo-anaesthetica sind Hauptformen, die übrigen Bezeichnungen Koppels bedeuten augenblickliche Stadien derselben, das muss hervorgehoben werden und diese Betonung vermisst Dehio in Koppels neuer Eintheilung.

Koppel erkennt Dehio's Einwände im Allgemeinen an, doch soll seine Eintheilung praktischen Zwecken dienen.—Was das Vorkommen der primären reinen L. anaesthetica anbetrifft, so glaubt K. an ein solches. Dass ausgeheilte Fälle der anderen Formen dasselbe Bild zeigen können ist fraglos, doch hat er auch Fälle beobachtet, die das reine Bild der Anaesthetica darboten und wo die Atrophien fortschritten, man also nicht nach Hansen von einem ausgeheilten Leprafall, resp. dem endgiltigen Ausgang einer der anderen Formen sprechen kann. Theoretisch könne man sich sehr wohl eine primäre reine anaesthetische Lepra vorstellen, wie schon im Vortrage hervorgehoben wurde.

Das schwierigste bilden die Fälle der Lepra tubero-maculosa: oft sind weder Maculae noch Tubera characteristisch, flache Infiltrate und Flecke der 2. Gruppe, dabei Bacillengehalt gering. Je mehr die als Tubera anzusprechenden Infiltrate verloren gehen, desto grösser werden die Flecke. Nur der positive Bacillengehalt und hier und da vorkommende Infiltrationen veranlassen uns diese Fälle nicht zur L. maculosa zu rechnen. Hier passt die Bezeichnung tubero-maculosa. Der Name soll den Krankheitscharakter bezeichnen, der auch sonst dafür gebrauchte Ausdruck Lepra mixta sagt nichts. Die vorgeschlagenen Bezeichnungen sollen den augenblicklichen Zustand resp. das Stadium, nicht den endgiltigen Effect der Krankheit charakterisiren. Sie gestatten aber auch prognostische Schlüsse zu ziehen, da man weiss, dass die L. tuberosa am schnellsten verläuft (10—15 Jahre), die tubero-maculosa langsamer (20—25 Jahre), die maculosa endlich noch länger (30—40 Jahre). Schliesslich werden auch in Betreff der Infectiosität Anhaltspunkte geboten, wenn es richtig ist, dass die L. anaesthetica und maculo-anaesthetica weniger infectiös sind als die L. tuberosa und maculosa. Die Krankheitsformen gehen natürlich ohne scharfe Grenze in einander über, die L. tuberosa und maculo-anaesthetica oder nervorum sind durchaus nicht wesentlich von einander zu unterscheiden, einander gegenüber abzugrenzen sind sie aber entschieden schwerer als die proponirte L. tuberosa, L. maculosa und L. anaesthetica.

Secretär: Lackschewitz.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Aug. d. J. 7217 (70 wen. als in d. Vorw.), darunter 651 Typhus — (8 wen.), 770 Syphilis — (73 wen.), 109 Scharlach — (8 mehr), 122 Diphtherie — (1 wen.), 25 Masern — (10 mehr), und 7 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis zum 8. August 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
363	274	637	184	70	104	11	9	19	46	46	56	29	30	20	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 9, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 2, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44. Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 145, Todtgeborene 17.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Schwester **Const. Schmidt**, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Amalie Schulse**, фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 17 Августа 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, 22. August (4. September) **1898**

Ueber Scheidenkrebs und Scheidenexstirpation.

Von

Prof. Dr. L. Kessler. Dorpat.

Vorgetragen auf dem Livl. Aerztetag in Pernau. 6. Juni 1897.

M. H.! Die Prognose der Carcinome des weiblichen Genitaltractes ist schlecht; vor wenigen Jahren noch hatte ich Veranlassung, in dieser selben Versammlung bezüglich der Uteruscarcinome darauf hinzuweisen, dass nur 7% definitiv geheilt werden! Und noch schlimmer steht's auch heutzutage noch mit dem Scheidenkrebs. Von 84 in der königl. Univers. Frauenklinik in Berlin [1]) vorgekommenen primären Scheidencarcinomen wurden nur 16 noch operabel befunden; und von diesen 16 «günstigsten» Fällen war nur ein einziger nach 2 Jahren noch recidivfrei — eine Zeit, die ja aber bekanntlich auch noch zu kurz ist, um denselben als definitiv geheilt bezeichnen zu können [2]). Dieses Resultat ist allerdings so schlecht, dass man Schwarz, der diese Fälle zusammengestellt hat, wohl Recht geben kann, wenn er seine Abhandlung mit der Bemerkung schliesst: dass Procentsätze von Heilung resp. Mortalität bei Scheidencarcinom anzuführen «sich garnicht lohnt», da man es auch nach seiner Tabelle «geradezu als unheilbar bezeichnen kann».— und ebenso absprechend äussert sich über dasselbe auch noch der neueste Autor in dieser Frage: J. Veit in seiner in diesem Jahre erst erschienenen Bearbeitung der Krankheiten der Vagina [3]), indem er rundweg erklärt: «dass praktisch das Carcinom der Vagina eine der ungünstigsten Formen des Krebses ist, die wir überhaupt beobachten, und das daher unter allen Umständen in jedem Fall von Carcinom der Vagina die Prognose schlecht gestellt werden muss, auch alle Eingriffe nur als Versuche der Heilung dem Publicum gegenüber charakterisirt werden dürfen».

Die Ursache dieser überaus ungünstigen Chancen gerade des Scheidenkrebses kann in den anatomischen Verhältnissen gefunden werden, die hier in verschiedener Hinsicht nachtheilig sich geltend machen: 1 Mal ist es die Beschaffenheit der Vaginalwand selbst, welche, im Ganzen relativ sehr dünn, mit einer nur spärlichen, schwachen — obendrein vielleicht durch vorhergegangene Geburten derangirten — Musculatur versehen, dem Hindurchwuchern des Carcinoms in die Umgebung keine derartige «Barrière» entgegenstellt, wie die mächtige Corpus- und Collum-Musculatur des von Corpus- und Collumschleimhaut ausgehenden; daher auch Peters [4]) fordert, dass die primären Scheidenkrebse bezüglich ihrer Bösartigkeit von vornherein denjenigen Cervixcarcinomen gleichgestellt werden sollen, welche schon die Cervixwand durchbrochen haben; wie diese darnach schrankenlos sich weiter ausbreiten können und oft so besonders rasche Fortschritte machen, so ist bei den Scheidenkrebsen in dem von ihnen so viel schneller, nach kurzer Zeit erreichten weitmaschigen, mit zahlreichen Lymphspalten versehenen paravaginalen Zellgewebe das Hineinwuchern in dieses und die Möglichkeit widerstandsloser Weiterverbreitung der Neubildung in den anatomischen Verhältnissen fast von vornherein gegeben.

Nimmt man dazu, dass die angegebene lockere, so dehnbare Beschaffenheit des paravaginalen Gewebes des Weiteren mit sich bringt, dass das Wachsthum und die Vergrösserung der Geschwulst hier nur wenig Spannung und Druck setzt, in Folge dessen Schmerzen oft gar nicht damit verbunden, in anderen Fällen die Beschwerden wenigstens so gering sind, dass sie kaum beachtet werden — namentlich da auch andere Erscheinungen.

[1]) Unter 35807 Patientinnen; s. Schwarz, Georg: Ueber die Erfolge der Radicaloperation der Vulva- und Vag.-Carcinome. Berlin, 1893.

[2]) Schwarz (l. c. p. 30, 33) berichtet u. A über einen Fall von Vulva-Carcinom, der v. Olshausen am 17. December 87 zum ersten Mal, wegen Recidivs am 11. Mai 88 zum zweiten, und wegen abermaligen Recidivs—am 7. März 92 zum 3. mal operirt wurde; das 2. Recidiv hatte also nach der 2. Operation beinahe 4 Jahre auf sich warten lassen.

[3]) Veit, Handbuch der Gynäkologie. I. p. 37 4.

[4]) Peters, Dr. Hub. Zur Operation der primären Vaginalcarcinome. Ctrbl. f. Gyn. 1896. № 7.

Blutungen, charakteristische Ausflüsse etc. bei primärem Scheidenkrebs oft sehr spät erst auftreten — und bei Berücksichtigung der gerade auch bei älteren Frauen so oft bestehenden Scheu vor gynäkologischer Untersuchung (besonders wenn es sich um eine erstmalige handelt) — so ist es wohl verständlich, dass diese Kranken in der Regel verspätet an den Arzt sich wenden, meist erst, — wenn das Uebel bereits so weit vorgeschritten ist, dass ein operativer Eingriff entweder überhaupt nicht mehr in Frage kommen, oder derselbe wenigstens nicht mehr mit Sicherheit im Gesunden sich abspielen kann. Daher die Eingangs erwähnte erschreckend hohe Procentzahl inoperabler sowohl als recidiver Fällen.

Bezüglich der Recidive kommt aber bekanntlich noch ein zweites ätiologisches Moment in Betracht: die Impfinfection: Krebspartikelchen werden, sei es vom Herd selbst aus, sei es aus dessen Umgebung, wohin sie verschwemmt oder bei der Desinfection verrieben worden waren, bei der Operation unbemerkt in die frisch gesetzten Wunden übertragen, und in kürzester Zeit ist dann das Recidiv in der Narbe da. Gewisse prophylaktische Massnahmen gegen eine solche Verimpfung, wie sie bei Sitz des Krebses in der Uterushöhle oder im Collum durch die anatomischen Verhältnisse ermöglicht werden: Vernähung des Muttermundes vor der Operation etc. sind bei Scheidenkrebs ausgeschlossen; und muss dann, wie so häufig, wegen Mitergriffensein des Uterus auch dieser exstirpirt werden so ist es kaum denkbar, wie dann, wenn dies von der Vagina aus ausgeführt wird, nicht von hier aus die in ihr und durch sie hindurch agirenden Instrumente und Finger des Operateurs mit Krebskeimen in Berührung kommen und diese in die Wunden verschleppen sollten. Es wird daher der Verimpfungstheorie auch von solchen Autoren, welche ihr in der Aetiologie der Recidive sonst kein grosses Gewicht beizulegen geneigt sind, bezüglich der Recidive bei Scheidenkrebs viel mehr Berechtigung zuerkannt als anderswo [5]).

Unter diesen Umständen war es gewiss eine sehr glückliche Idee und verdienstvoll von Olshausen, zur Exstirpation der Scheidencarcinome eine Methode in Anwendung zu ziehen und zu empfehlen, bei der die Berührung der erkrankten Innenfläche der Vagina möglichst ganz vermieden, die Entfernung des carcinomatösen Theils derselben nicht, wie bisher üblich gewesen war, durch Umschneidung und darauf folgende Lospräparirung von seiner Unterlage vom Lumen der Vag. aus, sondern nach Eingehen durch den Damm, vom Septum recto-vaginale, also von aussen her, ohne überhaupt mit der carcinomatösen Wundfläche in Berührung zu kommen, vorgenommen werden sollte — in folgender Weise [6]):

Quere Spaltung des Dammes durch einen handbreiten Schnitt; «durch diesen hindurch arbeitet man sich stumpf zwischen Vagina und Rectum hinauf bis zum Ansatz der hinteren Scheidenwand an den Cervix, trennt auch von dem geschaffenen Hohlraum aus die seitlichen Vaginalwände von ihrer Unterlage so weit los, dass die Neubildung und ihre nächste Nachbarschaft vollständig vom Boden losgelöst sind. Alsdann stellt man an der bequemsten Stelle die Verbindung zwischen dem Lumen der Vagina und der zwischen hinterer Vaginalwand und Rectum angelegten Höhle her. Die weitere Abtrennung des schon abgelösten Carcinoms mit der Scheere ist dann einfach». Soll der Uterus mit entfernt werden, so wird, nach Ablösung der hinteren und seitlichen Scheidenwandungen, von dieser Wundhöhle aus der Douglas hinter der Vagina breit eröffnet, der Uterus nach hinten umgestülpt, die Ligamente von den Tuben nach dem Cervix fortschreitend theilweise abgebunden und dann «an der Grenze des abgelösten Theiles die Vag. mit der Scheere durchschnitten und so das Carcinom ausgelöst. Zuletzt vollendet man nach stumpfer Trennung der Blase die Abbindung des Cervix uteri». Bei sehr enger Scheide oder Raumbeschränkung durch die Neubildung kann die Excision der letzteren erleichtert werden, «wenn man nach Loslösung der Scheidenwand von ihrer Unterlage den unteren Theil der hinteren Vaginalwand vom Frenulum her in sagittaler Richtung bis in die Nähe der Neubildung spaltet».

Die letzte der 3 von Olshausen nach diesem Princip ausgeführten Operationen hatte, bei «nicht ganz unerheblicher Blutung fast 2 Stunden gedauert, weil die Orientirung bezüglich der Blase schwierig war und die abgebundenen Ligamente noch nachträgliche Umstechungen verlangten» (l. c. p. 5).

Zwischen dieser Operation (Oct. 94) und deren Publication lagen nur Monate, so dass über den Dauererfolg sich noch nichts sagen liess; der erste Fall zeigte nach 3 Jahren 1 unoperables Recidiv, der zweite ein solches schon nach 3 Monaten (Exitus daran nach 18 Monaten).

Nach demselben Princip wie Olshausen verfuhr in einem einschlägigen Fall der Amerikaner C. Fenger [7]); Recidiv nach 70 Tagen!

Es wäre unbillig, den Werth und die Brauchbarkeit der Methode nach den mitgetheilten so äusserst ungünstigen wenigen Erstlingserfolgen beurtheilen zu wollen; denn einmal können ja die Fälle individuell besonders schwierig und ungünstig gewesen sein — so der Fenger'sche ganz gewiss, da die Neubildung auch Nachbarorgane bereits mitergriffen hatte (das Rectum z. B. bereits so weit, dass nur dessen Schleimhaut stehen gelassen werden konnte), — andrerseits hätte vielleicht das Princip der Nichtberührung der erkrankten Innenflächen der Vag. in manchen Fällen sich noch strenger durchführen lassen, als es vielleicht bei manchen der bisher mit dieser Absicht begonnenen Operationen weiterhin wirklich eingehalten worden ist.

Von der Richtigkeit und Wichtigkeit des von Olshausen betonten Grundgedankens überzeugt, habe ich der durch denselben gestellten Forderung in folgendem Fall nach Möglichkeit durch folgende Modification nachzukommen gesucht:

Frau R. aus Reval, 65 J., Wittwe, Menopause erst seit 11 Jahren (i. e. seit dem 54. Lebensjahr). Vor 8 Jahren wurde ihr in Reval ein Geschwür am rechten Unterschenkel excidirt. welches für «Krebs» erklärt wurde.—Seit 3 Jahren besteht eiteriger Ausfluss aus der Scheide, der allmählig stärker geworden, jetzt übelriechend und ätzend ist; in letzter Zeit einigemal blutige Abgänge ohne äussere Veranlassung. Schmerzen nicht vorhanden. Ernährungszustand ziemlich gut.

In der hinteren Scheidenwand etwa 1 Cm. unterhalb der portio eine ca. $2^{1}/_{2}$—3 cm. im Durchmesser haltende rundliche, harte, etwas prominirende Platte; von dieser abwärts in der hinteren Scheidenwand zerstreut einige ähnliche, aber viel kleinere und nur wenig hervorragende knötchenartige Härten. In der vorderen Scheidenwand, der erstgenannten in der Hinterwand gerade gegenüber, eine derbe, nicht sehr scharf begrenzte Infiltration von annähernd demselben Durchmesser wie jene, jedoch etwas weniger starr und hart und auch weniger pro-

---

[5]) Sehr beachtenswerthe Fälle von Carcinomverimpfungen berichteten in allerneuster Zeit im Königsberger Verein für wissensch. Heilkunde (17. Mai 97) Rosinski: «Impfmetastase» (Transplantation) von einem Adeno-Carcinom des Uterus auf Decubitalwunden, die durch 1 Pessar am Introitus Vulvae gesetzt waren; ferner v. Eiselsberg: 1) Scirrhusknoten in der Bauchdeckennarbe nach Pylorektomie wegen Scirrhus des. Pylorus; — 2) adenocarcinomatöser Bauchdeckentumor von der Bauchdeckennarbe aus, nach Exstirpation eines grossen Adenocarcinoma Ovarii; — endlich Godack: «Impfgeschwülste oder Implantationstumoren» in den Punctionscanälen bei «primärem Endothelkrebs der Pleura». (Deutsch. med. W. 98. № 8.).

[6]) Ctrbl. f. Gyn. 95. p. 3.

[7]) Total exstirpation of the Vagina for Carcinoma. Amer. Journ. Obstet. Bd. XXXII. Ref. in Frommel's Jahresber. pr. 1893. p. 196.



minirend. Die Oberflächen dieser beiden Affectionen sind zerfallen und zerklüftet (diejenige an der Hinterwand vorgeschrittener) und bluten bei der leisesten Berührung lebhaft. Diese beiden Platten machen eine derartige starre Verengerung des Lumen's der vag., dass selbst kleine Scheidenhalter und Specula, welche die untere Hälfte leicht passiren, nicht bis an die portio und in Folge dessen letztere nicht zu Gesicht zu bringen ist. — Portio, besonders die hintern Lippen vergrössert, fühlt sich ähnlich an wie die erkrankten Stellen der hinteren Scheidenwand; zwischen dieser und der Portio scheint eine schmale Zone gesunden Gewebes zu liegen.—Uterus in Retroflexio fixirt.

Diagn.: Carcinoma vaginae et portionis vaginalis. Operation 31. Mai. Nach reichlicher Sublimatspülung der Vagina und sorgfältiger Desinfection von Vulva und Umgebung ein 1/2 Handbreiter Querschnitt über den Damm; dieser wird beiderseits aufwärts verlängert an der Aussenseite der Labien bis zu halber Höhe dieser letzteren; Ablösung der hinteren Scheidenwand vom Dammschnitt aus bis an den Cervix.—Kurzer Jodoformgazestreifen in die vagina; Ausreibnng des unteren Drittels derselben mit Aether. Quere Durchtrennung der vorderen Scheidenwand in der Höhe des oberen Drittels der Harnröhre; von den Enden dieses Querschnittes tiefe Incisionen beiderseits lateralwärts und nach hinten durch den Introitus, das Vestibulum und die Labien bis in die Enden der vorhin angelegten Verlängerung des Dammquerschnittes [8]. Darauf wird von dem Scheidenvestibularschnitt aus die vordere und die seitliche Wandung der Vagina auf etwa $1^1/_2$—2 Cm. von ihrer Unterlage mit Pincette und Messer abpräparirt und dann das eine ringsum freie untere Ende des Scheidenschlauchs von rechts und von links her mit je 1 langen Köberlé quer hinübergefasst und dadurch das Lumen der Vagina mit seiner Neubildung definitiv nach aussen abgesperrt [9].

Die weitere Ablösung der vorderen Scheidenwand vollzieht sich unter Anspannung derselben an den Griffen dieser Klemmen — mit einem gazeumwickelten Finger, nachdem die richtige Trennungsschicht — eine sehr dünne, aber auch für das Auge eben noch kenntliche, die vordere Scheidenwand nach aussen abgrenzende Fortsetzung der Fascia endopelvina) getroffen ist, ausserordentlich leicht und reicht bis an den Cervix hinauf. Ebenso leicht weicht das lockere paravaginale Gewebe an den beiden Seiten der Scheide dem Fingerdruck, nur eine Anzahl nach rechts und links sich spannender dünner derber Stränge leisten Widerstand — offenbar die Gefässe, deren Zerreissung die von Olshausen bei seinem letzten Fall ausdrücklich erwähnte starke Blutung wesentlich bedingte. Um letzterer vorzubeugen, wurden diese Stränge, (ebenso wie bei der Totalexstirpation des Uterus die Gefässe in den Ligamenten) durch jederseits ein paar vermittelst Deschamps herumgeführte Catgutfäden ligirt und dann erst scheidenwärts v. diesen Ligaturen durchtrennt.

Nachdem so die Scheide vollständig aus ihrer Umgebung ausgelöst und die Blase genügend frei gemacht ist, macht sich dann die breite Eröffnung des Douglas und der Excavatio vesico-uterina ausserordentlich leicht. Nach Lösung der Adhäsionen wird der Uterus durch letztere nach vorne herausgestülpt, durch die ligg. lata je ein doppelter Faden (Catgut) vermittelst Deschamps hindurchgeführt, nach Kreuzung der jederseitigen Fäden der eine Faden über die Tuba, der andere unter dem lig. cardinale fest geknotet, das abgebundene jedesmal sofort durchtrennt. Nach der letzten dieser Durchtrennungen fällt dann der gesammte Utero-vaginalschlauch,— ohne irgend welche Continuitätstrennung und durch die beiden Köberle's auch nach unten hin vollkommen verschlossen erhalten—einfach heraus und hängt an diese beiden Klemmen.

Keinerlei nachträgliche Blutstillung erforderlich. Die Ligamentstümpfe werden in die Peritoneal-Scheidenwunde fixirt, letztere fast ganz geschlossen. Zusammenziehung der vorderen und hinteren Scheidenwandflächen durch je eine fortlaufende und einige Knopfnähte; ebenso des Dammes. Jodoformgazestreifen.

Verlauf nach der Operation reactionslos (höchste Temp. überhaupt 37,6). — Am 5. Tag Entfernung der Silknähte aus dem Damm. Am 7. Tag zeigte sich die oberflächlich etwas auseinandergegangene Nahtlinie des Dammes schmutzig grau belegt (die Wunde ist bei Stuhlgang etwas wiederholt beschmutzt und nicht gehörig rein gehalten worden) jedoch ohne Pulsbeschleunigung und ohne Temperaturerhöhung. Unter Jodtinctur, Airol etc. baldige Wiederreinigung und gute Granulation. Am 11. Tag Ischuria paradoxa: trotz täglich mehrmaliger spontaner Harnentleerungen findet sich die Blase bis fast in Nabelhöhe gefüllt und pr. Katheter laufen 1900 Ccm. Urin auf einmal ab [10]. Blasenspülungen beseitigen die mässige Cystitis bald. Am 20. Juni sah ich Pat. (vor Antritt meiner Sommerferien) zum letzten Mal: gutes Allgemeinbefinden, guter Appetit etc.; gute Granulation der wund gewesenen Partien des Dammes und der Vag.—2 Wochen später hat sie das Hospital verlassen: Granulationen nur auf einer kleinen Stelle des Introitus noch vorhanden, alles übrige überhäutet; die Vagina bildet einen für den kleinen Finger auf einige Centimeter zugänglichen glattwandigen Canal [11];—irgend welche Secretion aus der Vagina war in den letzten Tagen vor der Entlassung nicht mehr zu bemerken gewesen.

Der unmittelbare Eindruck bei der Ausführung dieser Operation war der, dass sie, unter nicht ganz ungünstigen Verhältnissen, nicht sehr schwierig ist; namentlich gestaltete sich die Eröffnung des Douglas und der Excav. vesico-ut. nach der vollständigen Ablösung der Scheide von Rectum und Blase auffallend leicht und sicher; ebenso die Exstirpation des Uterus.

Der Blutverlust war, Dank den präventiven Unterbindungen, gering, und die damit Hand in Hand gehende Trockenheit und Reinheit des Operations-Terrains bot auch hier die bekannten Annehmlichkeiten und Vortheile.

Den von Olshausen mit seiner Verbesserung der bisherigen Operationsmethode beabsichtigten Zweck glaube ich in meinem Fall vollständig erreicht zu haben, da dabei factisch gar keine Berührung des Carcinoms stattgefunden hat; — immerhin werde ich im Wiederholungsfalle zu noch weiterer Erhöhung der Sicherheit der Vermeidung einer Impfinfection, wie bereits bemerkt, sämmtliche in die Vagina fallende oder das Lumen der Vagina und des Introitus berührende Schnitte mit dem Paquelin anlegen; dabei wird die Glühhitze alles was etwa von Krebspartikelchen oder infectiösem Material auf die resp. Stellen hingelangt sein könnte, sicher zerstören, und würde dann auch das zur etwaigen Vertiefung dieser mit dem Glüheisen begonnenen Schnitte gebrauchte Skalpell nichts mehr verimpfen können.

Mögen diese Vorsichten vielleicht von Manchem als unnöthige Skrupulosität bemängelt werden, so dürfte dem gegenüber daran erinnert werden, 1) dass auch von anderer Seite schon darauf hingewiesen worden ist, dass Scheiden-Dammincisionen für Impfinfection besonders günstige Gelegenheit bieten, schwer vor ihr auszuhüten sind, und erfahrungsgemäss in ihnen am öftesten Recidive gefunden werden; 2) auf den Umstand, dass in dem einzigen recidivfrei gebliebenen Fall [12]) das nur «Taubeneigrosse» Carcinom seinen Sitz an einer Stätte hatte, welche auch beim Operiren nach der alten Methode die besten Chancen für Vermeidung einer Verimpfung bot, nämlich unmittelbar hinter dem Introitus an der hinteren Wand — (sonst gewöhnlich höher, meist ganz hoch oben in der Vag.); — diese Beobachtung, gegenübergestellt der so grossen Zahl der übrigen, sämmtlich recidiven Fälle, kann gewiss als Bestätigung dafür genommen werden, dass in der Aetiologie der Recidive bei Scheidenkrebs die Impfinfection durchaus als wesentlich mitbetheiligt in Betracht zu ziehen, mithin auch zu ihrer Verhütung alles was irgend thunlich aufzubieten ist.

Einen weiteren Vortheil seiner Methode hat Olshausen selbst auch schon betont: die «ungleich grössere Sicherheit, — das Erkrankte vollständig zu entfernen, wenn man (bei Carc. der hinteren Scheidenwand) erst von hinten her den ganzen Boden des Carcinoms und der angrenzenden Scheidenwandpartie unterminirt hat und dann einfach im Gesunden mit der Scheere die Trennung vornimmt».

[8]) Also nicht eigentlich sog. «Scheidendammincisionen», sondern Vestibularschnitte.

[9]) Eine «Balkenzange» würde dieses noch besser besorgen und auch als Handhabe weiterhin bequemer sein.

[10]) Specif. Gewicht 1017; Tripelphosphatkrystalle und spärliche Eiterkörp.; kein Eiweiss; kein Zucker.

[11]) Ein weiter eingehender Befund war bei der Entlassung von dem Assistenten nicht aufgenommen worden, da Pat. versprach, sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen.

[12]) Schwarz, l. c. p. 36.

Gewiss mit Recht sagt er, dass «diesen Eindruck bald jeder Operateur bei Ausführung dieser Methode gewinnen wird». Nach dem Eingangs bereits über die hierbei in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse Gesagten kann es nur natürlich erscheinen, dass bei dem stumpfen Auslösen der carcinomatösen Vaginalwand der Finger oder das stumpfe Instrument eher in jdem gesunden so lockeren paravaginalen Zellgewebe sich halten und in diesem weiter vordringen wird als in das diesem gegenüber doch derbere, festere und auch für das Gefühl sich markirende Carcinom.

Endlich fallen bei obiger Methedo diejenigen Schwierigkeiten, die dem Operiren nach der alten Methode aus etwa vorhandener Enge der Vagina erwachsen, ganz weg und damit auch die Benöthigung etwaiger Scheiden-Dammincisionen oder sagittaler Spaltungen der Vag.-Wand (Olsh.) die, an sich (i. e. nach der technischen Seite) keine schwer wiegende Complication der Operation, doch, wenn irgend möglich, vermieden werden sollten wegen der durch ihre Anlegung gesetzten Steigerungen der Verimpfungsgefahr.

Demonstration des Präparates:

Gesammtlänge desselben (i. e. Uterus + Vagina) nach Härtung resp. Schrumpfung in Formalin = 17,5 cm. Durch Aufschneiden der Seitenkanten von Vag. und Ut. und Coronarschnitt durch den Fundus wird dasselbe in eine vordere und hintere Hälfte zerlegt:

Länge des Uterus 9 cm.;
» » Cervix 4 »
Corpushöhle 3,5 : 3,5 »
Länge der hinteren Scheidenwand 8,5 cm.
» » vorderen » 6,6 »

Ein Sagittalschnitt durch die Carcinomplatte in der hinteren Wand zeigt, dass diese über 1 cm. dick ist, ihre durch die Einwirkung der Härtungsflüssigkeiten (Formalin, dann Alkohol) erhaltene weisse Farbe lässt sie scharf gegen das dunklere gesunde paravaginale Gewebe abstechen, welches sie als einige Millimeter dicke continuirliche Schicht deckt.

P. S. Nach einer auf meine resp. Anfrage mir d. d. 3. August 98 aus Reval zugegangenen Nachricht befindet sich Frau K. zur Zeit, i. e. 1¼ Jahr post operat., «äusserst wohl»; sie habe nur gleich nach ihrer Entlassung aus Dorp. einmal einen Arzt consultirt, der ihr ein Condurangodecoct verschrieben, welches sie einige Tage gebraucht; seitdem habe sie keinerlei Veranlassung gehabt, sich wieder an einen Arzt zu wenden.

Referate.

Prof. Wagner v. Jauregg (Wien). Ueber den Cretinismus. Monatsschr. f. Gesundheitspflege, März 1898.

Abgesehen von dem localen Interesse, welches der Vortrag Verf.'s über den Cretinismus in den Kreisen Oesterreichs erwecken musste, ist diese Frage von einer allgemeinen wissenschaftlichen Bedeutung und eine kurze Mittheilung der Arbeit erscheint nicht uninteressant.

Unter Cretinismus müsse man eine Krankheitsform des idiotischen Blödsinns verstehen, deren erstes Characteristikon das endemische Vorkommen in manchen Gegenden sei, und als zweite fundamentale Thatsache des Cretinismus sei zu nennen, dass die Mehrzahl dieser Idioten gewisse körperliche Misstaltungen bieten ganz specifischer Art. Der Blödsinn der Cretins unterscheide sich durch nichts von demjenigen anderer Idioten. Die körperlichen Missstaltungen seien aber dem Cretinismus characteristisch und als wesentliche Abnormitäten seien die vier folgenden zu nennen.

1. Eine Störung im Längenwachsthum d. h. eine Störung des Knochenwachsthums. Dabei ist die Dickenzunahme der Knochen unbehindert. Also Missverhältniss zwischen dem Längen- und dem Dickenwachsthum der Knochen: dieselben haben etwas Plumpes an sich. Die Cretins werden in Folge dessen nicht nur klein sondern auch plump.

2. Das nächste wesentliche Symptom des Cretinismus ist eine eigenthümliche Beschaffenheit der Haut und des Unterhautzellgewebes, das sogenannte Myxoedem. Am ausgesprochensten ist diese eigenthümliche, schlappe, schwammige Hautschwellung an manchen Körperstellen, wie Augenlider, Wangen, Lippen, Oberschlüsselbeingruben, Handrücken. Das Myxoedem ist am stärksten ausgeprägt bei jugendlichen Cretins und von diesen wieder an mit grösster Wachsthumsstörung behafteten. Im späteren Alter schwinden die Schwellungen, die Haut wird welk, runzlig.

Die beiden genannten Symptome verleihen der Physiognomie des Cretins ein characteristisches Gepräge.

3. Beobachtet man beim Cretin eine Hemmung in der anatomischen und physiologischen Entwicklung der Geschlechtsorgane.

4. Bietet der Cretin eine Entartung der Schilddrüse. Die Beziehungen des Cretinismus zum Kropfe bilden den wichtigsten Punkt dieser Frage. Die Kropfbildung trete auch endemisch auf, ebenso wie der Cretinismus; die beiden Endemien sind innig mit einander verknüpft: nirgends findet sich Cretinismus, wo nicht auch der Kropf heimisch wäre. Somit erscheint der Kropf als Bedingendes, der Cretinismus als Bedingtes. Bei den Cretins findet man in der Regel pathologische Zustände der Schilddrüse; dieselben äussern sich einerseits in Kropfbildung, von den kleinsten bis zu den grössten Dimensionen, andererseits sei aber eine Atrophie der Drüse vorhanden in so hohem Grade, dass man durch die äussere Betastung nicht mal das Vorhandensein einer Schilddrüse nachweisen könne.

Unsere Erfahrungen über die Wichtigkeit einer intacten Schilddrüse in Bezug auf den Organismus berechtigt zu dem Schlusse, dass der Cretinismus die Folge einer, die Function dieses Organes aufhebenden oder schwer beeinträchtigten Erkrankung der Schilddrüse ist. Diese Functionsstörung der Schilddrüse muss in einem frühen Lebensalter erfolgen, denn nur so erklärt sich das Ausbleiben gewisser Entwicklungsvorgänge, wie da sind: das Körperwachsthum, geschlechtliche Entwicklung und die geistige Entwicklung. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist der Cretinismus nicht angeboren. Die Erkrankung beginnt aber in einem sehr frühen Lebensalter; das erkenne man in dem verspäteten Auftreten der zwei elementarsten functionellen Entwicklungsvorgänge, die das Kind durchmacht, der Erlernung des aufrechten Ganges und der Sprache. Namentlich die Sprachstörung biete einiges Interesse: in allen Gegenden, wo Cretinismus heimisch ist, finden sich in grosser Menge auch Taubstumme. Diese endemische Taubstummheit erklärt Verf. folgendermassen, dass diese Taubstummen eigentlich Cretins sind, bei denen die übrigen Erscheinungen des Cretinismus wenig, die dem Cretinismus eigenthümliche Sprachstörung, als Sinnesdefect, aber stark ausgeprägt ist. Bei allen Cretins konnte Verf. die Gehörfunction in hohem Grade als beeinträchtigt constatiren.

Verf. neigt sich auf die Seite derjenigen Autoren, welche dem Trinkwasser das Entstehen von Struma und Cretinismus zuschreiben. Die Statistiken über die geographische Verbreitung dieser Krankheiten weist z. B. darauf hin, dass in Obersteier alle Gegenden, welche das Wasser der Mur zum Trinkwasser benutzen, die genannten Endemien aufweisen.

Verf. hat recht günstige Erfolge gesehen von durch lange Zeit fortgesetztem Gebrauch von Schilddrüsensubstanz und Thyreojodin.

Die Thatsache nun, dass sämmtliche Meeresküsten frei sind von Kropf und Cretinismus liess Verf. die Hypothese aufstellen, solches bewirke der Jodgehalt des Meerwassers, der sich auf dem Wege der Zerstäubung der Aussenluft mittheile. Der Küstenbewohner nimmt, schon auf dem Wege der Respiration, dann auch mit dem Trinkwasser jahraus jahrein Jod wenn auch nur in minimalen Mengen, zu sich. Wenn nun diese Hypothese richtig ist, so braucht man die Bevölkerung in Kropf- und Cretindistricten nur zu veranlassen dauernd Jod, wenn auch in minimalen Mengen, zu sich zu nehmen, um das Auftreten dieser Endemien zu verhindern.

Diesen kaum ausführbaren Wunsch glaubt Verf. dadurch verwirklichen zu können, wenn auch nur in Oesterreich, wo das Salzmonopol bestehe, dass man in den betreffenden Gegenden nur Salz zum Verkaufe bringe, welches eine Beimengung von Jodsalzen enthält. Kochsalz nehmen sie nämlich alle zu sich und so müsste der steirische Gebirgsbewohner z. B., ob er will oder nicht, täglich sein bischen Jod zu sich nehmen.

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Carl Thiem: Handbuch der Unfallerkrankungen, nebst Abhandlung über die Unfallerkrankungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde von Dr. E. Cramer. Stuttgart. Ferd. Enke 1898. Preis 24 Mark.

So mancher College, welcher den vorstehenden Buchtitel liest wird wohl unwillkürlich ausrufen: Das Buch ist nichts für mich. Mit Unfallversicherungen und ärztlichen Gutachten habe ich Gott sei Dank nichts zu thun, ausserdem heisst es *das* Specialistenwesen auf die Spitze treiben, wenn man für Erkrankungen, die durch Unfälle entstehen, einen besonderen Zweig unserer ärztlichen Kunst beansprucht.

Ich glaube jedoch, dass die Collegen sehr bald von dieser Ansicht zurückkommen werden, wenn sie nur einen Blick auf das Inhaltsverzeichniss des Thiem'schen Werkes werfen. Sie würden dann gewiss schnell erkennen, dass die Unfallheilkunde in keiner Weise die Zersplitterung der Heilkunst in Specialitäten steigert, im Gegentheil, sie verlangt nicht allein sehr vielseitige Kenntnisse, sondern auch grosse praktische Fähigkeiten und Erfahrungen auf den verschiedenartigsten Gebieten der Heilkunst, die Unfallheilkunde ist mit einem Worte überhaupt gar keine Specialität. Sie verlangt vom Arzte, dass dieser nicht blos Chirurg und Internist sei, sondern auch zugleich die Kenntnisse und Erfahrungen eines Neurologen sich aneigne, damit er es nicht blos verstehe verletzte Knochen und Muskeln zusammenzuheilen, sondern auch im Stande sei, die Folgezustände der Verletzungen zu beseitigen und die seelischen Zustände des Kranken zu beurtheilen. Nur ein so vielseitig gebildeter Arzt kann die Ansprüche eines im Berufe geschädigten Arztes richtig begutachten.

Die Folgezustände der verschiedenartigsten Krankheiten sind es also, welche den Arzt der Unfallversicherungsgesellschaften in erster Linie beschäftigen.

Daher werden sie denn auch sehr eingehend in Thiems Handbuch besprochen und der praktisirende Arzt wird in diesem Werke viele Erkrankungen berücksichtigt finden, welche in den Werken der klinischen Professoren fehlen müssen, da der Kliniker oft die Folgeerscheinungen seiner klinischen Behandlung garnicht mehr beobachten kann; denn er muss ja meist jeden Kranken entlassen, wenn die grössten Störungen beseitigt sind. Er ist überhaupt viel weniger als der «Unfallsarzt» dazu gezwungen, die späteren Folgen seiner ärztlichen Eingriffe ängstlich zuvor zu erwägen. Gewiss ist es daher sehr anzuerkennen, dass Thiem diese Folgeerscheinungen, diese Wunden, welche der Arzt schlägt ganz offen und ruhig bespricht. Er äussert sich z. B. über die Behandlung der Fingerverletzungen (Seite 520) folgendermassen: «Sehr häufig hängt es von der ersten Behandlung ab, ob die Finger später einmal brauchbar werden oder nicht und in dieser Beziehung sind viele Aerzte nicht weitschauend genug. Wie hypnotisirt schauen sie nur auf die Wunde und erstreben deren Vernarbung und glauben wieder einen Triumph der modernen antiseptischen und aseptischen Behandlung herbeigeführt zu haben, wenn es ihnen gelingt, ein oder zwei schwerverletzt gewesene Finger vollkommen steif zur Heilung gebracht zu haben. In der heutigen Aera der Wundbehandlung sind das aber ein mal keine Kunststücke mehr und dann kann die Erhaltung eines steifen Fingers die Verrichtung der ganzen Hand in Frage stellen».

«Besonders schwerwiegend ist in dieser Beziehung der Mittelfinger. Es ist viel besser, einen Finger, dessen vollständige Steifigkeit man mit Sicherheit erwarten kann, von vornherein abzunehmen, da dieses der Verletzte hinterher nicht mehr zugiebt. Die Redensart: «zum Abnehmen ist es ja noch immer Zeit», ist bei Unfallverletzten durchaus nicht stets am Platze».

«Wieviel kann man durch kleine Verbände (Salben, sobald die Granulationen beginnen), häufigen Wechsel derselben und der Stellung der Finger (bald gebeugt, bald gestreckt, bald gespreizt), durch antiseptische Bäder, Anwendung der Electricität von den motorischen Punkten, oberhalb der Verbände, Vornahme passiver Bewegungen, Aufgabe von activen oder Widerstandsbewegungen, Anlegen elastischer Binden über den Wundverband u. s. w. nützen und wie viel durch Unterlassungssünden in dieser Beziehung schaden».!

«Wie klagen die Aerzte zum Theil mit Recht über ihr schlechtes materielles Loos».!!!

«Und wie viele dünken sich auf der anderen Seite zu vornehm zur Vornahme der Massage, der activen und passiven Bewegungen, des Faradisirens! Für viele, viele junge Aerzte wäre dies eine materiell lohnende und auch im idealen Sinne dankenswerthe Beschäftigung, die jetzt noch vielfach — sogenannten geprüften Masseuren überlassen wird».

Diese Vorschriften Thiems sind gewiss sehr zu berücksichtigen, sie beweisen, welchen grossen Einfluss das Unfallversicherungsgesetz auf die Behandlung der Fingerverletzungen ausgeübt hat. Viele von uns haben es noch erlebt, dass man steife Finger nach dem biblischen Grundsatze behandelte: «Aergert Dich Deine rechte Hand, so hacke sie ab und wirf sie von Dir». Heutzutage ist solch eine Behandlung wohl nicht mehr ganz zeitgemäss und selbst Operateure allerersten Ranges können es sich kaum noch erlauben auf diese Art einen gordischen Knoten zu zerschneiden.

Der Abschnitt über Fingergelenkerkrankungen gehört wohl zu den besten im Thiem'schen Werke. Auch die Beschreibung der Fingermuskeln, sowie die Folgen ihrer Verletzungen sind ganz besonders klar gehalten und daher wohl sehr geeignet, viele Unklarheiten zu beseitigen, die man leider nur zu oft in Gutachten über verletzte Hände findet. Für den grossen Fleiss, welchen Thiem auf dieses Kapitel verwandt hat, sind die Richter sowohl, als auch die Arbeiter ihm zu grossem Danke verpflichtet. Der Richter, weil es Thiem ihnen so sehr erleichtert hat, ein Verständniss für die Gebrauchstörungen der Hand zu erlangen, die Arbeiter weil sie von der Hand leben.

Besonders werthvoll ist wohl der Abschnitt über die Ablagerung von Krankheitserregern im Knochenmark. Auf Grund zahlreicher, zuverlässiger Krankengeschichten liefert hier Th. den Nachweis, dass oft ganz leichte Knochenverletzungen zu schweren Knochenmarkentzündungen führen können. Er stellt Angaben von Bergmann, König, Kraske, Kocher, Jordan u. a. zusammen, welche aufs klarste diese Thatsache beweisen. Schon vor vielen Jahren hat Taylor behauptet, dass jene Wirbelentzündungen der Kinder, welche zum Buckel führen meistens durch Verletzungen entstehen, erst neuerdings jedoch gelang es festzustellen, dass Verletzungen allein hiezu nicht genügen, sondern nur einen geeigneten Boden für die Entwickelung Entzündungserregender Mikroben schaffen, die von entfernten Körpertheilen her zur Stelle der Verletzung gelangen. Dieser ganze Abschnitt ist besonders sorgfältig gearbeitet und reichlich mit Literaturangaben versehen, so dass er allen Collegen, die sich eingehend mit Knochenerkrankungen beschäftigen wollen sehr zu empfehlen ist.

Sehr zahlreich und genau beschrieben sind die verschiedenartigen Untersuchungsmethoden im Thiem'schen Handbuche. Z. B. die Bestimmungen von Verlängerungen und Verkürzungen der Beine sind sehr übersichtlich zusammengestellt und mit guten Abbildungen versehen. Zum Messen der Beinlänge wird auf ein Verfahren aufmerksam gemacht, welches Hahn in der Monatsschrift für Unfallheilkunde (Januar 1898) empfiehlt. Hahn wählt als oberen Messpunkt nicht die spina anterior superior, sondern den Nabel, als unteren den äusseren oder innern Knöchel des Fusses. Dieses Verfahren habe ich (Thilo) sehr häufig erprobt und als sehr brauchbar gefunden. Für sehr richtig halte ich Thiems Urtheil über die Folgen geringer Längenunterschiede der Beine. Es heisst Seite 237.

«Unterschiede bis zu 2 cm. haben doch nur mehr einen diagnostischen Werth für uns Aerzte, weniger einen praktischen Werth für Richter und Verletzte, da eine Verkürzung von 2 cm. an sich, wenn sonst keine Störung vorliegt, bestimmt keinen erwerbsbeschränkenden Einfluss ausübt. Bei Ober- und Unterschenkelbrüchen halte ich sogar Verkürzungen bis zu 3 cm. im Allgemeinen für Störungen, die mit der Zeit durch Beckensenkungen vollständig ausgeglichen werden, daher nur für die ersten Jahre bis zur vollständigen Gewöhnung an die veränderten statischen Verhältnisse zu Rentenfestsetzungen namentlich bei jungen Leuten Veranlassung geben sollen. Sicher ist es ganz falsch bei solchen geringfügigen Verkürzungen erhöhte Sohlen tragen zu lassen, dadurch wird die ausgleichende Beckensenkung verhindert und auf die Patienten ausserdem eine fortdauernd schädlich wirkende Sugestion ausgeübt. Der Gang mit erhöhten Sohlen ist auch stets weniger sicher, als wenn der Verletzte ohne solche hohe Vermittelung mit seinen eigenen Sohlen auftritt».

Diese Ausführungen muss ich (Thilo) durchaus bestätigen. Ich hatte oft Gelegenheit meine Sohlenerhöhungen (vergl. Langenbeck's Archiv 1895) anzulegen und verwende sie jetzt nur noch von 3 Centimeter Höhe an. Bei steifem Knie erleichtert eine Verkürzung von 2 Cm. das Gehen in hohem Grade. Ein Stelzfuss werde stets kürzer als das gesunde Bein genommen, da ihn sonst der Kranke nicht schwingen kann; der Stelzfuss würde am Fussboden hängen bleiben, falls er eben solang wie das gesunde Bein wäre.

Sehr ausführlich werden die Untersuchungen bei Nervenleiden besprochen. Sie sind nach dem Schema von Goldscheider geordnet und mit Abbildungen nach Freund und Goldscheider versehen. Ueberhaupt sind die Nervenleiden sehr eingehend berücksichtigt und in einer Weise besprochen, welche für die praktischen Zwecke des Arztes sich ganz besonders eignet. Eine grosse Rolle spielt natürlich die Beurtheilung von Hysterischen Simulanten und anderen Problemen der ärztlichen Untersuchungskunst. Besonders bemerkenswerth unter den Nervenerkrankungen ist wohl der Abschnitt über Gewohnheitslähmungen. Thiem führt einen Fall an, in welchem infolge von Schmerzhaftigkeit der Beugemuskeln des Kniegelenkes, das Bein stets in gesenkter Stellung, wie ein Stelzbein, benutzt wurde. Ehvet berichtet über einen Kranken, der wegen Schmerzhaftigkeit der Fusssohle sich daran gewöhnte, mit dem äusseren Fussrande aufzutreten und allmählich dahin gelangte, dass er beim Gehen

den Fuss fest mit dem Fussrücken aufsetzte. Hiedurch kam es zu dauernden Krampfzuständen der Auswärtsroller des Fusses und zu Lähmungen der Wadbeinmuskeln.

Die Abhandlungen Thiems über Nervenerkrankungen, werden wohl allen jungen Collegen besonders willkommen sein, die in kleinen Städtchen oder auf dem Lande lebend, nicht über grosse ärztliche Bibliotheken verfügen.

Auch die übrigen Abschnitte des Werkes bieten viel Neues. Wenn man bedenkt dass Thiems Handbuch nur etwa 900 Seiten zählt und dass fast alle chirurgischen, gynäkologischen, neurologischen, innere Krankheiten, ja sogar die Augen- und Ohrenleiden in demselben besonders berücksichtigt sind, so wird man zugestehen müssen, dass eine derartige Arbeit in unserem Zeitalter der Specialitäten ganz besonders verdienstvoll ist. Sie liefert den Beweis, dass selbst so sehr beschäftigte Praktiker wie Thiem, im Stande sind, das Wichtigste aus allen Zweigen der Heilkunst sich anzueignen und praktisch zu verwerthen.

Durch Thiem's Handbuch erlangt jeder Arzt die Möglichkeit sich mit den neuesten Errungenschaften der Heilkunst bekannt zu machen und mit Hilfe des sehr praktischen Literaturverzeichnisses dieses Werkes bequem seine Kenntnisse zu vervollständigen.

Ganz selbstverständlich will ich hiermit nicht behaupten, dass ein Arzt auf allen Gebieten Specialist sein könne und dass überhaupt die Specialisten entbehrlich seien. Wohl aber glaube ich, dass namentlich Specialisten Werke wie das Thiem'sche studiren sollten, damit sie nicht vollständig die Fähigkeit verlieren, Erkrankungen zu begreifen, die nicht genau in ihre Specialität hineinpassen.

Gerichtsärzten und Aerzten der Unfallversicherungen das Thiem'sche Handbuch zu empfehlen ist wohl unnöthig, da viele dieser Collegen es wohl schon empfunden haben werden, dass ihnen dieses Werk unentbehrlich ist.

Otto Thilo.

E. Monin. Die Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen. Ein neues Kapitel von den Krankheitszeichen. Autorisirte Uebersetzung von Dr. A. Dreyer. Köln. Verlag von Rimbach und Licht 1898 pag. 73.

Das von Monin verfasste Buch ist vor zwölf Jahren bereits erschienen. In der deutschen Literatur aber war es bisher gänzlich unbekannt. Um auch derselben dieses eigenartige, des Interesses keineswegs entbehrende kleine Werk zugänglich zu machen, ist es von Dreyer jetzt noch nachträglich aus dem französischen übersetzt worden.

Sein Werk hat Monin «ein neues Kapitel von den Krankheitszeichen» benannt und ist nun bestrebt durch dasselbe dem Geruchsinn in der Diagnostik einen ebenbürtigen Platz zu erobern, wie ihn die anderen Sinne, das Gesicht, das Gehör und das Gefühl bei der Krankenuntersuchung haben. «Wohl hätten am Ende des XVIII. und im Anfange des XIX. Jahrhunderts einige Forscher auf die Wichtigkeit eines gut entwickelten Geruchsinns hingewiesen, seitdem aber habe man nur Misstrauen und Missachtung diesem Sinne entgegengebracht. Der moderne Mensch, der Arzt unserer Zeit verliere jeden Scharfsinn, jede Feinheit der Nase, er verliere völlig den Geruch, weil er all sein Mühen der Ausbildung der anderen Sinne zuwendet und den Geruchsinn gänzlich vernachlässigt. Und doch würde eine gute Nase dem Arzte ungeheure Dienste leisten und oft die Bemühungen der Diagnostik auf die richtigen Wege leiten. Würde erst der Geruchsinn in grossem Massstabe in der Klinik verwerthet werden, so würde er auch dort die grösste practische Wichtigkeit erlangen».

Um einen Ueberblick über den behandelten Stoff zu gewähren, seien hier die einzelnen Kapitel kurz angeführt: I. Geruch der Haut und ihrer Anhänge, II. Geruch des Athems der Nase und des Mundes, III. der Geruch des Auswurfs, IV. der Geruch des Erbrochenen und des Ructus, V. der Geruch der Faekalmassen und der Darmgase, VI. Geruch des Urins, VII. der Geruch der weiblichen Genitalorgane, VIII. der Geruch des Eiters und der Gangrän.

Hecker.

B. Pollack: Die Färbetechnik des Nervensystems. Zweite Auflage. Berlin 1898. S. Karger. Preis geb. 3 M.

Das vorliegende Nachschlagebüchlein enthält die mannigfachen Einbettungs-, Färbe- und Präparirmethoden des Nervensystems, wie sie sich in der Praxis am zweckmässigsten und brauchbarsten erwiesen haben. Es giebt in präciser Form, schnelle Auskunft über die bei der Untersuchung des Nervensystems auftretenden Fragen und wird den Interessenten recht willkommen sein. Die neue Auflage ist vermehrt und bringt noch einen Abschnitt über die Bearbeitung der Retina.

K—r.

Mittheilungen aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 27. August 1897.

1. Dr. P. Klemm demonstrirt diverse fixe Verbände aus Celluloid, die vor Gypsverbänden den Vorzug grösserer Leichtigkeit, vor Lederapparaten die der besseren Adaptation an die Körperform haben und sich daher für die Behandlung der Spondylitis, Coxitis etc. vortrefflich eignen.

2. Dr. Tief (a. G.) stellt 4 Fälle vor, die er als Aneurysmen der Aorta abdominalis ansprechen zu müssen glaubt.

3. Dr. A. v. Bergmann verliest den angekündigten Vortrag: Beiträge zur Larynxchirurgie (erscheint im Druck).

Discussion

Dr. P. Klemm begrüsst den Vortrag als einen werthvollen Beitrag zu der noch immer vielumstrittenen Frage der Zulässigkeit der Totalexstirpation des Larynx. Der schwierigste Punkt in der Carcinomlehre sei doch immer die Diagnose, ganz besonders bei den Carcinomen der inneren Organe u. sei im Interesse der frühzeitigen Erkennung des Uebels die probatorische Incision vollkommen gerechtfertigt, sogar eine Erweiterung ihres Gebietes wünschenswerth und sei die Frage aufzuwerfen, ob nicht auch, wenn bei Verdacht auf Larynxcarcinom die Diagnose durch den Spiegel bezw. durch mikroskopische Untersuchung eines endolaryngeal excidirten Stückchens nicht mit Sicherheit zu stellen sei, der probatorischen Laryngofissur ein weiteres Gebiet einzuräumen sei.

Dr. v. Bergmann: Dieselbe wäre s. E. nur dann statthaft, wenn sich die Diagnose bereits auf «Carcinom» zugespitzt habe und der nöthige Eingriff sich sofort an die Autopsie anschliessen könne; ferner wenn Tuberkulose mit Sicherheit auszuschliessen sei, da bei dieser doch durch den Eingriff als solchen erhebliche Schädigung des Allgemeinbefindens herbeigeführt würde.

Dr. H. Schwartz bemerkt zur sogen. Stückchendiagnose, dieselbe gewinne bedeutend an Werth, wenn der Untersucher genau über die Lage des excidirten Stückchens orientirt sei. An Spirituspräparaten, wie sie meist zur Untersuchung kommen, sei ihre natürliche Oberfläche von den Schnittflächen oft nicht mit Sicherheit zu unterscheiden und es könnten Flächenschnitte durch das Epithel leicht ein Carcinom vortäuschen, wo keins vorhanden sei.

Dr. Voss: Die Heilbarkeit des Larynxcarcinoms sei wohl als erwiesen anzusehen und der Arzt somit berechtigt, zur Operation zu rathen. Wie steht es aber mit dem Pharynxcarcinom in dieser Beziehung Angesichts der schlechten Prognose derselben? Die bisherigen schlechten Resultate liessen wohl Zweifel an der Berechtigung auf Operation hegen.

Dr. v. Bergmann: Die Entscheidung dieser Frage sei in der That schwierig, namentlich da die Diagnose wegen der relativ geringen Beschwerden der Pat. hier meist später gestellt würde. Mit Vergrösserung des Carcinoms wachsen aber die technischen Schwierigkeiten seiner Entfernung ungeheuer an. Krönlein entscheide sich für die Operation nach seiner Methode, die er für leichter erkläre, weil er nicht tracheotomire. Er sei der Ansicht, dass der Versuch, als die einzig mögliche Radicalbehandlung, doch immerhin zu machen sei. Ob nicht möglicherweise die Lebensdauer ohne Operation länger sei, wage er nicht zu entscheiden.

Dr. Voss erwähnt, er habe in 2 Fällen von Tonsillarkrebsen im Hinblick darauf nicht gewagt, zur Operation zu rathen.

Dr. med. Hans Schwartz.
d. Z. Secr.

Sitzung vom 1. October 1897.

Dr. Hampeln: Anmerkungen zur Diagnose des Diabetes melitus.

Anknüpfend an die Erfahrung, dass Fälle vorkommen, in denen schon längere Zeit mehr oder weniger hochgradige Glykosurie bestand, ohne dass eigentlich die Beschwerden wegen deren die Pat. den Arzt aufsuchen, den Verdacht auf diese Erkrankung zu lenken genügend sind, und in denen die Feststellung der Diagnose oft nur einer gelegentlichen Untersuchung des Harns auf Zucker zu verdanken ist, erwähnt Vortr. kurz die Krankheitsbilder, hinter welchen gelegentlich eine solche «latente» Glykosurie sich verbergen kann. Die als klassische Symptome des D. m. genannten, Polydipsie und Polyurie, treten häufig in den Klagen der Pat. nicht in den Vordergrund und gelinge ihre Eruirung oft nur einem äusserst sorgfältigen Krankenexamen. Im Hinblick darauf betont Vortr. die Nothwendigkeit, besonders in der Spitalspraxis in jedem einzelnen Falle principiell den Harn auf Zucker zu untersuchen, da bei einem grösseren Hospital, dessen jährliche Krankenbewegung mehrere 1000 betrage, bei Häufigkeit des D. m. von ca. 1 ‰ in der Morbiditätsstatistik doch mit Wahrscheinlichkeit einige Fälle im Jahr zu erwarten seien. Hierauf geht Vortr. auf die Besprechung der Untersuchung selbst über und





betont die Nothwendigkeit der Verdünnung des Reagens und event. des Harns bei der Fehling'schen Probe. Als feinste und sicherste Probe bezeichnet Vortr. die Gährungsprobe, welche angesichts des in den letzten Jahren festgestellten Vorkommens der Pentose im Harn, welche mit der Dextrose die Reactionen sowohl als auch das optische Verhalten theile, aber nicht gährungsfähig sei, noch an Bedeutung gewinne.

Dr. Krannhals: Als Ergänzung, theils auch als Bestätigung der interessanten Mittheilungen Dr. Hampeln's möchte auch er seine Erfahrungen über ein derartiges «latentes» Vorkommen des Diabetes melitus, sowie über die Krankheitsbilder, unter welchen er sich verbergen resp. die als seine Vorläufer angesehen werden könnten, hier anführen. Hier seien nach den Geschlechtern und Gruppen zu unterscheiden: Uebergehen von langandauernder Uraturie in Diab. m. habe er mehrfach, jedoch nur bei Frauen beobachtet. Bei Männern fordern allgemeine Schwäche, der Neurasthenie ähnliche Zustände, auffallende Abmagerung ohne sonstige Symptome zur Untersuchung des Harns auf Zucker auf. Beiden Geschlechtern gemeinsame Zustände, bei denen gelegentlich Glykosurie als die verborgene Krankheitsursache ermittelt werde, seien Fettleibigkeit, Neuralgien, besonders Fieber, sehr häufig Pruritus vulvae, Furunculose, auch zuweilen bei Kindern hartnäckige Enuresis nocturna.

Die Untersuchungsmethode anlangend, halte auch er die Gährungsprobe für die einzige absolut zuverlässige, namentlich für die Unterscheidung von der Pentosurie; in praxi dürften wohl die Proben von Fehling und Nylander, namentlich mit Verdünnung des Harns genügen. Bezüglich der Gährungsprobe sei noch zu erwähnen, dass sie absolut beweisend erst sei, wenn durch das leider sehr mühsame und zeitraubende Auswaschen der Hefe die Anwesenheit vergährbaren Materials in derselben ausgeschlossen sei. Zum Schluss sei noch auf das relativ häufige Vorkommen des D. m. bei Ehepaaren aufmerksam zu machen, er selbst verfüge über 2 derartige Beobachtungen sowie auf die gelegentliche Combination des D. m. mit Schrumpfniere.

Dr. H. Schwartz: Das Auswaschen der Hefe liesse sich in praxi wohl bis auf ganz vereinzelte Fälle umgehen, wenn man stets neben der betr. Probe ein mit sicher zuckerfreiem Harn und Hefe beschicktes Controlröhrchen aufstellte. Sollte sich in beiden Röhrchen CO^2 entwickeln, so würde ein grösseres Volum des Gases in der Probe gegenüber dem Controlröhrchen doch a priori für Anwesenheit von Zucker sprechen und nur in Erwägung der Möglichkeit, dass die Differenz der Gasvolumina vielleicht einer ungleichen Vertheilung der vergährbaren Substanz in der Hefe zuzuschreiben sein könnte, eventuell die Auswaschung der Hefe vorzunehmen sein. Er möchte noch einen jüngst gesehenen Fall hier anführen, der allerdings nur insofern hierher gehöre, als er ein Gegenstück zu dem Mitgetheilten repräsentire. Bei einem 45 jährigen Mann, der ihn wegen häufigen, dabei aber beschwerlichen Harnlassens consultirte, führte das Krankenexamen fast mit Nothwendigkeit auf D. m. hin, der vom Patienten gelieferte Harn zeigte die charakteristische Blässe, und grünlichspielende Färbung, die wiederholt vorgenommene Untersuchung ergab jedoch ganz niedriges spec. Gewicht und keinen Zucker.

Dr. Deubner: In seiner Abtheilung des Krankenhauses werde seit mehreren Jahren ebenfalls jeder Harn auf Zucker untersucht, doch seien ihm Fälle von zufälligem Zuckerbefund bei Phthise resp. Granularatrophie der Niere nicht vorgekommen. In einem, anscheinend in ruhiger Gesundheit plötzlich comatös erkrankten Falle stellte die Untersuchung fest, dass es sich um Coma diabeticum handle.

Dr. O. Klemm: Rein alimentive Glykosurie sei wohl so selten, dass man damit rechnend empfehlen dürfte, zur Constatirung einer geringen Glycosurie resp. einer Glykosämie den Morgenharn nach reichlicher Kohlehydratmahlzeit Abends vorher zu untersuchen.

Dr. Dahlfeld: weist als Ergänzung zu der von Dr. Hampeln betonten Frage nach der Polydipsie darauf hin, dass es unter Umständen auch rathsam sein könnte, sich nach dem täglich consumirten Zuckerquantum zu erkundigen. Er habe kürzlich einen Fall erlebt, in welchem eine längere Zeit bestehende Glykosurie schliesslich in dem gewohnheitsmässigen Genuss von 7—8 Esslöffeln Zucker täglich ihre Erklärung fand und mit Sistirung dieser Gewohnheit prompt verschwand.

Dr. Böhlendorff fragt Dr. Hampeln, ob er bei seinen Diabetikern jemals Spontanfracturen beobachtet habe?

Dr. Hampeln: Ihm seien solche Fälle nicht vorgekommen. Der von Dr. Schwartz angeführte Fall sei wohl als Diabetes insipidus zu betrachten, wie er gelegentlich zur Beobachtung käme.

Zur Frage des D. m. bei Ehepaaren bemerkt er, dass derselbe sich einerseits durch bei beiden Theilen in gleicher Weise einwirkende, in der Lebensweise, den hygienischen Verhältnissen etc. liegende Factoren erklären lasse, andererseits sei in solchen Fällen auch der Syphilis als mögliche Ursache zu gedenken. Das sei nicht so zu verstehen, als ob der D. m. hier, wie etwa sonst die Tabes dorsalis, gewissermassen eine Spätform der Syphilis darstelle — ein solcher Zusammenhang sei bisher wenigstens nicht constatirt, aber die Syphilis führe häufig zu interstitieller Hepatitis und diese scheine in der That in einem gewissen aetiologischen Zusammenhang mit D. m. zu stehen. Es kämen ja auch gelegentlich gleichzeitig verschiedene Erkrankungen bei Ehegatten vor, die in einer beiden Theilen gemeinsamen Syphilis ihre Ursache finden, so z. B. Tabes beim einen, Aortenaneurysma beim anderen Theil u. dergl.

Dr. Ed. Schwarz führt zum «latenten» D. m. einen Fall an, in welchem beim Vater zweier an D. m. gestorbener Kinder viele Jahre hindurch kein Zucker nachzuweisen war, bis später nach einem Kopftrauma unter Auftreten von Polyurie und Polydipsie der D. m. manifest wurde. Bei Polyneuritis sei stets der Harn auf Zucker zu untersuchen. Eigenthümlich sei, dass Polyneuritis sich oft bei Fällen mit sehr geringem Zuckergehalt finde. Auch ihm seien Fälle zur Beobachtung gekommen, die an einen Zusammenhang der Glykosurie mit Syphilis denken liessen.

Dr. Bernsdorff erwähnt ebenfalls eines Falles latenter Glykosurie seiner Beobachtung.

Dr. Hach berichtet, er habe im Gegensatz zu Dr. Hampeln relativ selten bei Pruritus vulvae Zucker im Harn gefunden. Der auf D. m. beruhende Pruritus habe seinen Sitz häufiger an der hinteren Commissur und zum Anus hin, während bei auf Catarrhe und Leukorrhoe zu beziehenden Fällen das Jucken mehr in der Tiefe, in der Vagina selbst, empfunden werde.

Dr. Mandelstamm I fragt Dr. Hampeln nach etwaigen Retinalerkrankungen seiner Diabetesfälle.

Dr. Hampeln: Solche habe er selten beobachtet, von den Augenerkrankungen stehe die Cataract im Vordergrunde. Bei Pruritus vulvae habe er in seiner Praxis fast stets Glykosurie constatiren können. Freilich möge sich mit der grösseren Zahl der Fälle in einer specialistischen Praxis das Häufigkeitsverhältniss solcher Befunde ändern.

d. Z. Secretär. Dr. med. H. Schwartz.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Aug. d. J. 7169 (48 wen. als in d. Vorw.), darunter 621 Typhus — (30 wen.), 733 Syphilis — (37 wen.), 112 Scharlach — (3 wen.), 99 Diphtherie — (23 wen.), 31 Masern — (6 mehr), und 6 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis zum 15. August 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
340	260	600	145	71	112	10	8	20	47	41	32	35	43	28	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 11, Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 6, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 62, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 130, Todtgeborene 30.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Sophie Jordan, Подольская ул. 18, кв. 14.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Дозв. ценз. Спб. 22 Августа 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, 29. August (11. September) 1898

Aus dem Gemeindekrankenhause in Lemehnen bei Kreutzburg.

Das Tannoform als Antidiarrhoicum.

Von

Dr. A. Dworetzky.

In der grossen pharmakotherapeutischen Gruppe der Antidiarrhoica nimmt die Untergruppe der Adstringentia der vortrefflichen Wirkung wegen, welche die Häutchenbildner auf die katarrhalische Entzündung des Darmes und auf ihr hauptsächlichstes Symptom, die Diarrhoe, auszuüben vermögen, die wichtigste Stelle ein. Noch intensiver allerdings und mächtiger ist die Einwirkung des Opiums und seiner Präparate auf den Durchfall. Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass das Opium recht giftig ist und besonders bei kleinen Kindern und auch bei alten, decrepiden Personen nur mit äusserster Vorsicht, am besten garnicht angewendet werden darf. Es wäre an der Zeit, die Indicationen für den Gebrauch des Opiums ganz genau zu bestimmen, ihre Grenzen erheblich enger zu ziehen und vor der kritiklosen, oft unnützen Anwendung dieses gefährlichen Narcoticums energisch zu warnen.

Ausserdem bekämpft das Opium durch Ruhigstellung des entzündeten Organs eine einzige, höchstens ein paar Krankheitserscheinungen, den Durchfall und die Leibschmerzen, nur palliativ, während, wie wir sogleich sehen werden, die Adstringentien bei acuten und manchen chronischen Darmkatarrhen durch ihre vielseitigen schätzenswerthen Eigenschaften sämmtliche entzündlichen Erscheinungen direct angreifen und der Indicatio morbi in vollstem Maasse zu genügen scheinen.

Die Adstringentia oder Häutchenbildner sind dadurch charakterisirt, dass sie auf chemischem Wege mit eiweiss- oder schleimhaltigen Flüssigkeiten, also auch auf den katarrhalisch entzündeten und hypersecernirenden Schleimhautflächen des Darmes, einen häutchenartigen, festen, wasserunlöslichen Niederschlag bilden und die succulente Mucosa straffer und wasserärmer machen [1]). Dieses Häutchen verhindert eine Arrosion der Darmwand durch reizende Substanzen, beugt dadurch der Entstehung von Geschwüren vor und beschleunigt deren Heilung, wenn geschwürige Processe schon eingetreten sind. Das Häutchen behindert das Vordringen von Bacterien und erschwert ihre Vermehrung, indem es sie in den sich bildenden Niederschlag einschliesst und ihren Nährboden ungünstig beeinflusst. Die etwa freiliegenden sensiblen Nervenendigungen werden durch den festen Niederschlag vor mechanischen und chemischen Insulten geschützt und die vorhandenen Schmerzempfindungen gestillt. Die Wirkung der Adstriction thut sich ferner darin kund, dass eine nicht unbeträchtliche Verengerung der oberflächlichen Gefässe der afficirten Schleimhaut eintritt.

Nicht nur durch diesen Umstand allein, sondern auch infolgedessen, dass die Kittsubstanz der Endothelien aus dem halbflüssigen Zustand in einen festen übergeht, die Emigration von Leukocyten unmöglich gemacht und die Eiterbildung wesentlich eingeschränkt wird, wirken die Adstringentia unmittelbar entzündungswidrig und beseitigen erfolgreich die Schwellung und die Hypersecretion der Darmschleimhaut, die Schmerzen und haben als nothwendigen pharmakodynamischen Effect die Sistirung des Durchfalls zu Folge.

Von den vegetabilischen Adstringentien ist das am meisten angewandte die Gallusgerbsäure oder das Tannin (Digallussäureanhydrid). Die Verwendung des Tannins als Adstringens für den Darm wird jedoch durch einige Nebenwirkungen und unerwünschte Erscheinungen beeinträchtigt, die sich beim Gebrauch desselben einstellen. Das Tannin hat einen unangenehmen, zusammenziehenden, tintenartigen Geschmack. Es belästigt den Magen, stört seine Thätigkeit und kann Anorexie und Ernährungsstörungen hervorrufen. Es löst sich leicht in der Mundflüssigkeit und im Magensaft und wirkt auf die Schleimhaut des Mundes und des Magens oft reizend,

[1]) R. Kobert. Lehrbuch der Pharmakotherapie, 1897, Seite 162.

ja sogar ätzend, was leicht begreiflich wird, wenn man sich daran erinnert, dass «Aetzung und Adstriction unter Umständen einen und denselben, nur dem Intensitätsgrade nach verschiedenen pharmakologischen Vorgang darstellen können» [2]). Unter dem Einfluss der Darmbacterien wird das Tannin durch Aufnahme von 1 Molekül Wasser in 2 Moleküle Gallussäure gespalten, welch' letztere fast gar keine adstringirenden Eigenschaften mehr besitzt. Auch halten sich wässerige Tanninlösungen ihrer sauerstoffanziehenden Eigenschaft wegen sehr schlecht.

Dem Bestreben, das Tannin durch eine gerbsaure Verbindung zu ersetzen, welche frei von den üblen Nebenwirkungen des Acidum tannicum ist und erst im Darm gelöst wird, um dort nach und nach ihren heilenden Einfluss zu entfalten, verdanken wir neben dem Tannigen und dem Tannalbin auch das Tannoform. Das Tannoform wurde von der rührigen Firma E. Merck in Darmstadt im Jahre 1895 dargestellt [3]) und ist das Condensationsproduct der Gallusgerbsäure und des Formaldehyds. Seine Zusammensetzung entspricht der Formel $C_{29}H_{20}O_{18}$ und zwar ist es als ein Methylenditannin $CH_2 \langle {C_{14}H_9O_9 \atop C_{14}H_9O_9}$ aufzufassen. Es bildet ein leichtes, weissröthliches, vollkommen geruch- und fast völlig geschmackloses, voluminöses Pulver, das in Wasser und in den gewöhnlichen organischen Lösungsmitteln, mit Ausnahme von Alcohol, unlöslich ist. Ebenso unlöslich ist es in angesäuerten Flüssigkeiten, also auch im Magensaft, während es von verdünnten Alkalien (Ammoniak, Soda oder Natronlauge) mit gelblicher bis braunrother Farbe aufgenommen und aus diesen Lösungen durch Zusatz von Säuren wieder abgeschieden wird.

Nach den Beobachtungen J. v. Mering's [4]) besitzt das Tannoform bedeutende Vorzüge vor der reinen Gallusgerbsäure. Es wird von den Schleimhäuten des Mundes und des Magens vortrefflich ertragen und erreicht den Darmkanal unzersetzt in wirksamer Form. Seine Anwendung an Stelle des Tannins ist daher bei chronischem Darmkatarrh ausserordentlich empfehlenswerth. Das Tannoform wirkt aber nicht nur als Adstringens, sondern es entfaltet auch, obschon in milderem Grade, die dem Formaldehyd eigenen antiseptischen, härtenden und trocknenden Eigenschaften.

Die beiden Belgischen Aerzte D. de Buck und L. de Moor äussern sich über das neue Präparat folgendermaassen [5]):

«Endlich haben wir das Tannoform auch innerlich als Adstringens und Darmantisepticum bei Kinderdiarrhoen verwandt. In keinem der drei Fälle konnten Erscheinungen der Intoleranz von Seite des Magens constatirt werden, die sich ja bekanntlich nach innerlicher Darreichung von Tannin so sehr häufig geltend machen. Die klinischen Beobachtungen genügen, wie wir glauben, um darzuthun, dass wir in dem Tannoform ein therapeutisches Agens von wirklichem Werthe besitzen. Wie ja schon seine Constitution und die chemischen Eigenschaften vermuthen lassen, hat sich das Tannoform als ein ausgezeichnetes Adstringens und Antisepticum des Darmes erwiesen. Nach dieser Richtung hin hält seine Wirkung in allen Puncten den Vergleich mit jener des Tannigens und des Tannalbins aus, ohne dass man jedoch berechtigt wäre, dem Tannoform eine grössere Wirksamkeit zuzuschreiben als jenen beiden Mitteln oder seine Indicationen speciell abgrenzen könnte».

Diesen günstigen Erfahrungen reiht M. Eberson die seinigen an [6]): «Das Tannoform, das an und für sich wegen seiner glücklichen chemischen Zusammensetzung ein Darmantisepticum par excellence darstellt, musste als Mittel gegen Darmcatarrh grösseres Vertrauen erwecken. Ich sah mich auch oft genöthigt, das Tannigen durch Tannoform zu ersetzen, und die angestellten Versuche lehrten, dass das Tannoform ein ungiftiges, die Schleimhäute nicht reizendes und vollkommen verlässlich wirkendes, auch billiges Mittel vorstellt, das im Stande ist, dieses Feld der Therapie mit der Zeit ganz zu beherrschen». Keiner der von Eberson behandelten 15 Fälle von Darmkatarrh widerstand dem Tannoform.

Er möchte jedoch auf zwei Momente aufmerksam machen: a) auf die Nothwendigkeit eines Laxans bei Beginn der Behandlung jedes Darmcatarrhs und b) auf die Ueberwachung der mit Tannoform behandelten Kranken. Das Mittel wirkt nämlich so schnell und energisch styptisch, dass es zu Obstipation kommen kann, die natürlich den Darmcatarrh unterhält und keineswegs Heilung ist.

Auf Grund zahlreicher klinischer Beobachtungen kommt auch J. Munk [7]) zu dem Schlusse, dass das Tannoform von grossem Nutzen ist innerlich bei Diarrhoen und Darmblutungen und in Form von Suppositorien bei Haemorrhoidalknoten.

Nach Carl Sziklai [8]) wirkt das Tannoform bei Kinderdiarrhoen, innerlich gegeben, geradezu lebensrettend.

Weitere sehr befriedigende Erfolge mit dem Mittel veröffentlichte J. Braun [9]). «Wir müssen annehmen, dass das Medicament nicht nur eine auf die Schleimhaut adstringirende, dem Tannin zukommende Wirkung, sondern auch eine desinficirende Wirkung auf den Darminhalt entfaltet, welche dem zur Abspaltng gelangenden Formaldehyd zuzuschreiben ist, und dass daher der so prompt eintretende therapeutische Effect auf Rechnung der Combination beider Medicamente zu setzen ist». Kleinen Kindern hat Braun das Tannoform in mehrmaligen Tagesdosen von 0,25 g in etwas versüsstem Kamillenthee verabreichen lassen, und keines zeigte einen Widerwillen oder gar einen Brechreiz nach Einnahme desselben. In den meisten Fällen liess sich darnach eine auffallende Besserung in dem Befinden des Säuglings constatiren, indem die Stühle seltener und auch geformter wurden. Ausserdem lobt Braun das Tannoform ausserordentlich als wirksamstes Mittel bei tuberculösen Durchfällen, bei catarrhalischer Diarrhoe, selbst wenn es bereits zur Geschwürsbildung gekommen ist, ferner bei gewissen Puerperalprocessen, welche mit Diarrhoen einhergehen, bei Durchfällen anämischen Ursprungs und geradezu als Specificum gegen die Diarrhoen hysterischer Frauenspersonen.

Im Laufe des diesjährigen Sommers bot sich mir die Gelegenheit dar, das Tannoform auf seinen klinischen Werth hin zu prüfen. Ich habe das neue Tanninpräparat in zusammen 26 Fällen von acutem, subchronischem und chronischem Darmcatarrh mit Durchfall angewendet. Unter meinen Fällen befanden sich 12 Erwachsene und 14 Kinder, welch letztere in einem Alter von 3 Wochen bis zu 2 Jahren standen und sämmtlich an acuter Sommerdiarrhoe litten. Erwachsenen gab ich das Mittel in einer Dosis von 1,0 g dreimal täglich nur in Pulverform. Kindern verschrieb ich es in Einzeldosen von 0,2—0,25—0,3 dreimal täglich, ebenfalls unvermischt, um seine Wirkungsart reiner und unverfälschter hervortreten

[2]) R. Kobert, l. c. Seite 163.
[3]) E. Merck. Bericht über das Jahr 1895, herausg. im Januar 1896.
[4]) J. v. Mering. American Medico-Surgical Bulletin 1896, Seite 137.
[5]) De Buck — de Moor, Belgique médicale 1895 № 33, Revue thérapeutique 1896 № 19, Therapeutische Wochenschr. 1896 № 43.
[6]) M. Eberson. Aerztl. Central-Anzeiger, Wien, 1897, № 26.
[7]) J. Munk. Aerztl. Central-Anz., Wien, 1897 № 35.
[8]) C. Sziklai. Therapeut. Wochenschr. 1897, № 41.
[9]) J. Braun. Therapeut. Wochenschr., 1897, № 46.



zu lassen. Vor der Verordnung des Stopfmittels ein Laxans zu geben fand ich mich sehr selten veranlasst, da die ländlichen Verhältnisse, unter denen ich arbeite, es mit sich bringen, dass die Patienten wegen ihres Darmleidens sich erst dann um ärztliche Hülfe wenden, wenn der Durchfall schon eine Reihe von Tagen angedauert und die Kranken tüchtig gequält hat. Besonders ist dies während der sommerlichen Feldarbeiten der Fall.

Was nun die Resultate betrifft, die ich mit dem Tannoform erzielt habe, so muss ich zwischen den Ergebnissen, die ich bei erwachsenen Patienten beobachtet habe, und denen bei Kindern einen Unterschied machen. Bei Erwachsenen hatte ich in jedem der 12 Fälle einen vollen, eclatanten Enfolg zu verzeichnen. Auch ich kann mit bestem Rechte sagen: kein Fall widerstand dem Tannoform. Der Durchfall und mit ihm sämmtliche unangenehmen Begleiterscheinungen desselben schwanden überraschend schnell und merkwürdig sicher. Keiner der Kranken klagte jemals über widrigen Geschmack der Arznei, über Brennen, Uebelkeit oder dergl.; im Gegentheil, das Mittel wurde ohne Ausnahme stets vorzüglich vertragen Oft passirte es, dass die ersten 2—3 Pulver so prompt wirkten, dass der Kranke von einem weiteren Gebrauch seines Medicamentes absah und sich den Rest desselben für einen künftigen derartigen Erkrankungsfall aufhob. Die Zahl der Entleerungen ging in kurzer Frist auf die Norm herunter, und der Koth nahm sein natürliches Aussehen und seine normale Consistenz an. In einem Falle sah ich mich genöthigt, wegen des Persistirens von Leibschmerzen nach völliger Beseitigung des Durchfalls durch Tannoform hinterher noch etwas Opium als Narcoticum zu verordnen.

Etwas weniger befriedigend und nicht so glänzend waren meine Erfolge mit dem Tannoform in der Kinderpraxis. Vielleicht hängt dieser Umstand theilweise auch davon ab, dass meine an die Mütter auf das strengste und nachdrücklichste ertheilten Diätvorschriften für den Säugling von ihnen nicht mit der nöthigen Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit befolgt wurden. In 5 Fällen blieb jedenfalls das Tannoform ohne jede Einwirkung auf den Krankheitsprocess, der Durchfall dauerte fort, die übrigen Erscheinungen der Sommerdiarrhoe blieben bestehen und wichen erst der vereinigten Wirkung von Calomel und Pulvis Doweri. In den übrigen 9 Fällen dagegen blieb das Tannoform seinem guten Rufe völlig treu und entfaltete alle vortrefflichen und heilsamen Eigenschaften, die wir von einem leistungsfähigen Antidiarrhoicum und Darmantisepticum zu verlangen berechtigt sind. 3 Mal beobachtete ich Erbrechen des Mittels bei Kindern, in einem Falle auch dort, wo die übrigen Dosen ohne alle Beschwerden vertragen wurden und rasche und vollständige Linderung des Leidens mit sich brachten.

Mein Beobachtungsmaterial ist ein zu kleines, als dass ich schon jetzt ein endgültiges Urtheil über den Werth des Tannoforms als Darmadstringens abgeben könnte. Meine bisherigen Erfahrungen berechtigen mich aber zweifellos, dem neuen Präparate schon jetzt volles Vertrauen entgegenzubringen und es den Collegen zur vorurtheilsfreien Prüfung auf das wärmste zu empfehlen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

641. Sitzung am 28. April 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär Herr Heuking.

1) Herr Th. v. Schröder: Ueber die Versuche der Wiederherstellung des Sehvermögens bei Leucoma totale corneae. Vorstellung eines Patienten mit künstlicher Hornhaut.

Das totale Leucom der Cornea entsteht nach verschiedenartigen ausgedehnten Geschwürsprocessen der letzteren, indem das zerfallene Gewebe durch narbiges Bindegewebe ersetzt wird. Dieses ist undurchsichtig, lässt aber den Schein einer Flamme ins Innere des Auges treten und dieser wird, wenn der Glaskörper, der Sehnerv, die Retina und Choroidea normal geblieben sind, von dem Kranken gesehen und richtig projicirt. Nur in solchen Fällen kann von einer Wiederherstellung des Sehvermögens überhaupt die Rede sein. Die dabei meist bedeutenden krankhaften Veränderungen im vorderen Abschnitt des Bulbus (flächenhafte Anlöthung der Iris an die hintere Fläche des Leucoms, cataractöse Trübung und Schrumpfung der Linse) setzen den dahin zielenden Versuchen keine unüberwindlichen Hindernisse entgegen.

Solche Versuche sind seit Jahrzehnten wiederholt gemacht worden und bestanden in dem Bestreben eine bleibende durchsichtige Lücke in dem das sehfähige Augeninnere von der Aussenwelt trennenden Leucom herzustellen. Dieses lässt sich nur dadurch erreichen, dass ein Theil des Leucoms herausgeschnitten und durch durchsichtiges Material ersetzt wird.

Diesen Ersatz hat man auf zwei verschiedenen Wegen zu erreichen versucht:

1) Durch Transplantation lebender durchsichtiger Cornea vom Menschen, Hunde oder Kaninchen in die mittelst eines Trepans hergestellte Lücke des Leucoms. Diese von v. Hippel erdachte Methode erwies sich bald als nicht zum Ziele führend. Das transplantirte Corneastück blieb nur solange klar, als es durch den parenchymatösen Säftestrom ernährt wird; sobald die Gefässbildung bis zu ihm vorgeschritten war, fand Trübung und Schrumpfung statt und Ersatz der fremden Gewebstheile durch bindegewebige Neubildungen des Mutterbodens. Der Process also, der den anfangs erreichten Erfolg zu einem dauernden machen sollte, — die Anheilung vernichtete ihn, indem die Durchsichtigkeit des transplantirten Stückes verloren ging. In einem im St. Petersburger Augenhospital von Dr. Magawly operirten und sonst gelungenen Fall begann die später stetig zunehmende Trübung nach einem Monat; Pat. hatte anfangs die vorgehaltenen Finger in 1/2 Fuss Entfernung unterscheiden können.

2) Durch eine künstliche Cornea. Nussbaum setzte in die ins Leucom gemachte Lücke ein Stück Bergkrystall von der Form eines Hemdknopfes, der Art, dass die hintere Platte auf die Hinterfläche, die vordere Platte auf die Vorderfläche des Leucoms zu liegen kam. Kaninchen ertrugen diese Prothese Jahre lang (ohne Entfernung der Linse), Menschen bis 6 Monate lang. Das in 2 Fällen erzielte Sehvermögen bestand in Fingerzählen in der Nähe und Erkennen der Gegenstände in der Umgebung. Die von v. Hippel dahin geänderte Prothese, dass das Bergkrystallgläschen in einer goldenen glatten Fassung steckte, wurde nur in einem Falle ein Jahr lang vertragen und dann durch eine Verletzung aus dem Auge geschleudert; in den meisten Fällen fiel sie nach wenigen Wochen heraus. Sehresultat: ein Pat. sah 14 Tage lang Finger in 6 Fuss, dann Erblindung durch Blutung in den Glaskörper. — Die von Dimmer versuchte, aus Celluloid angefertigte, hutförmige Cornea arteficialis wurde bis zu 11 Wochen vertragen; Sehresultate: in 4 Fällen Fingerzählen in 1—2 Meter Entfernung.

Das Herausfallen der Prothese fand hier, wie bei den vorhergehenden Methoden in Folge Zerfalles der Ränder des Trepanationslochs statt. Meist wurde die Bildung einer Membran auf der Hinterfläche des Gläschens beobachtet.

Salzer (München) nahm 1895 diese damals ganz aufgegebenen Versuche wieder auf. Er glaubte die Ursache ihres Misslingens in der ungenügenden Befestigung der Prothese sehen zu müssen; die durch Lidschlag und Körperbewegungen hervorgerufenen Bewegungen derselben müssten traumatische Reizung, Entzündung und Zerfall des sie umgebenden Hornhautrandes bewirken. Bei Dimmer's Versuchen wirkte die Löslichkeit des Materials ausserdem in gleicher Weise entzündungerregend. Nach Leber's Untersuchungen bewirken aseptisch ins Innere des Auges eingeführte Fremdkörper, wenn sie in thierischen Flüssigkeiten löslich sind, auf chemischem Wege Entzündung, deren Grad der Natur und Menge der eingeführten Substanz entspricht; ganz unlösliche Fremdkörper bewirken keine Entzündung (Golddraht lag 269 Tage in der vorderen Kammer, 2½ Jahre im Glaskörper ohne Entzündung zu erregen). Versuche mit fest fixirten, unlöslichen Fremdkörpern sind nicht gemacht worden.

Um also beide entzündungerregenden Momente, Löslichkeit und Beweglichkeit, zu vermeiden, wählte Salzer für seine neue Prothese als Material Bergkrystall und Platin und liess auf der hinteren Platte der Platinfassung mehrere kleine aufrechtstehende Widerhaken anbringen, die bei der Einführung sich von hinten ins Leucom einbohren und die Prothese sicher fixiren sollten (Demonstration der Prothese). Nachdem er sich dann durch den Versuch überzeugt, dass diese in der Vorderkammer des Kaninchenauges ein Jahr lang vertragen wurde, ohne Entzündung zu erregen, versuchte er die Einführung in geeigneten Fällen bei Patienten mit Leucoma totale corneae.

Vorbedingungen der Operation sind: Gute Lichtempfindung; vollständiges Abgelaufensein aller entzündlichen Processe; einigermassen normale Form des Bulbus.

Technik der Operation (siehe das Genauere hierüber, wie über die ganze Frage in Salzer: Ueber den künstlichen Hornhautersatz. Wiesbaden 1898):

1. Akt: Grösser Schnitt im Limbus corneae, unten; Entfernung etwa vorhandener Linsenreste und Iris aus dem Pupillargebiet. (Bei stärkerer Blutung Unterbrechung der Operation: es kann Phthisis bulbi folgen).

2. Akt: Trepanation des Leucoms auf eine dazu eingeführte Pincette mit Stützplatte; Kronendurchmesser 3,6—4,0 Mm. — Entfernung von Irisfetzen aus dem Trepanationsloch. — Radiäre Einschnitte in die Ränder des letzteren behufs leichterer Einführung der Prothese.

3. Akt: Einführung der Prothese auf einer eigens dazu construirten Stützzange, bei deren Schluss des Gläschen von hinten in das Trepanationsloch, die Häkchen in das umgebende Gewebe des Leucoms hineingepresst werden. — Eine Naht, falls die Wunde klafft. (Demonstration der Instrumente).

Auf diese Weise hat Salzer 5 Mal operirt: es kam aber nur 2 Mal bis zur Einführung der Prothese, da 3 Mal die Operation aus verschiedenen Gründen nach dem 1. Akt unterbrochen werden musste (2 Mal folgte Phthisis bulbi). Von jenen 2 Fällen lag die Prothese ein Mal zu nahe der Wunde, hinderte ihre Heilung und musste daher entfernt werden.

Im zweiten Fall, der am 8. April 1897, also vor mehr als einem Jahr operirt wurde, verlief die Operation gut, es erfolgte nur ziemlich reichlicher Glaskörperverlust und starke Blutung; die Trepanationsöffnung erwies sich bei der Starrheit der Ränder als zu eng für die Prothese, so dass diese mit ihrer Vorderfläche in der Tiefe des Trepanationslochs stecken blieb. — Die Heilung erfolgte normal; das Trepanationsloch füllte sich mit Exsudat, das sich organisirte und die Prothese verdeckte. 4 Monate später wurde auf ihre Vorderfläche, deren Metallring deutlich durchschimmerte, nochmals trepanirt, worauf sie von selbst bis zur Oberfläche des Leucoms vorrückte und somit die gewünschte Lage einnahm. — In dieser Stellung hat sie sich bis jetzt erhalten, ohne Entzündung oder Reizung zu verursachen. Leichte Reizung verursachten nur die Häkchen, als sie, offenbar in Folge weiteren Vorrückens der Prothese oder Verdünnung des Leucoms, durch die Oberfläche des Leucoms hindurchdrangen; nachdem sie abgekniffen worden waren, hörte die störende Empfindung auf. — Das Sehresultat war leider recht gering. Pat. konnte keine Gegenstände unterscheiden, wohl aber sah er weisse und farbige Tafeln, Handbewegungen und die Lichtflamme in bedeutend weiterer Entfernung als früher, sodass er sich besser führen konnte. Als Ursache dessen erwies sich eine dicke graue Membran auf der Hinterfläche der Prothese, deren Entstehung Salzer auf die Blutung während der Operation zurückführt.

Um sich mit der Technik der Operation nach Salzer's Methode vertraut zu machen, führte Schroeder sie zuerst an einem an Iridocyclitis leidenden Auge aus, das gleich darauf enucleirt wurde (Demonstration des Präparates).

Am 2. Januar a. c. erfolgte sodann die Einstellung der Salzer'schen Prothese in das rechte Auge eines 35-jährigen Mannes, der auf dem linken Auge in der Kindheit in Folge der Pocken, auf dem rechten im August 1897 durch Kalkverbrennung erblindet war. Das linke Auge atrophisch ohne Lichtschein; auf dem rechten Auge Leucoma totale corneae, Form des Bulbus gut erhalten, garkeine Entzündungserscheinungen; zögernde aber richtige Projection der Lichtflamme in 1 Meter Entfernung.

Der Verlauf der Operation, die mit Hülfe des Herrn Dr. Magawly ausgeführt wurde, war ein günstiger und entsprach Salzer's Angaben. Es erwies sich, dass die Linse vollständig resorbirt, die Iris in toto an die Hinterfläche des Leucoms angelöthet war. Trepanation mit Krone 3,6 Mm. oberhalb des horizontalen Meridians. Die Oeffnung erweist sich als zu eng für die Prothese, die deshalb in der Tiefe derselben stecken bleibt. Geringe Blutung. Mässiger Glaskörperverlust Hornhaut wurde mit einer Naht geschlossen.

Die Heilung vollzog sich rasch ohne Schmerzen und bemerkenswerthe Reizerscheinungen. Der Raum im Trepanationsloch vor der Prothese füllte sich bald nach der Operation mit Blutgerinnseln und Exsudat, aus welchen sich durch Entfärbung und Organisirung ein dem umgebenden Leucom gleiches Gewebe bildete. Aus der Tiefe schimmert der Metallring der Prothese durch, das Sehvermögen war fast unverändert, nur die Projection der Flamme präciser und in weiterer Entfernung möglich, wenn die Lichtflamme vor die Prothese gehalten wurde.

Nachdem am 3. März einzelne zur Trepanationsstelle ziehende stärkere Gefässe mittelst des Galvanocauters zerstört worden waren, wurde am 10. März das über der Prothese gebildete Gewebe durch Trepanation entfernt, wonach das Gläschen rein und klar zu Tage lag und Pat. sogleich in 0,3 Meter Entfernung Finger zählen konnte.

In den folgenden Tagen rückte die Prothese rasch vor, wurde aber doch noch einmal von einer von den Seiten herwuchernden dünnen Gewebsschicht bedeckt, nach deren Entfernung am 20. März sie allmählich ohne weitere Störung die gewünschte Lage in gleichem Niveau mit der Leucomoberfläche einnahm. Die Tendenz des langsamen Vorrückens schien damit aber nicht aufgehört zu haben. Am 14. April ragte der Metallring in seiner oberen Hälfte etwas über die Oberfläche des Leucoms vor, in welchem sich hier eine flache rinnenförmige Vertiefung gebildet hatte, und zwei Häkchen waren bis an die Oberfläche des Leucoms vorgedrungen. Dadurch wurde in letzter Zeit hin und wieder ein störendes Anhaken des oberen Lides und leichte Reizung des Auges verursacht. Sonst waren die ganze Zeit über keinerlei Schmerzen oder Entzündungserscheinungen (ausser leichter conjunctivaler Injection) und keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Die Tension war stets normal.

Das Sehvermögen nahm nach dem 10. März rasch zu, sodass Pat. bald in 2,25 Meter Finger zählen konnte. Weiter besserte es sich aber nicht, auch mit starken Convexgläsern liess sich keine Verbesserung erzielen. Bei diesem Sehvermögen kann Pat. sich ganz gut führen, erkennt alle Gegenstände in der Nähe und mit Hülfe eines starken Convexglases, wenn auch mühsam, selbst die Zeiger der Taschenuhr. Alle Farben in Tafeln von 10 Quadrat ccm. erkennt er jetzt präcise, nachdem ihm anfangs die grüne Farbe Schwierigkeiten gemacht hatte. Helles Licht blendet das Auge, mit einem Augenschirm verträgt Pat. das gewöhnliche Tageslicht aber ganz gut.

Als Ursache der geringen Sehschärfe erwies sich, nachdem das Gläschen weiter vorgerückt war, die Bildung einer feinen grauen Membran auf der Hinterfläche desselben, während es im Uebrigen ganz rein und klar geblieben war. In dem zarten Grau liessen sich einige röthliche Pünktchen wahrnehmen, die im Laufe der folgenden Wochen eine mehr braune Farbe annahmen und jetzt kaum mehr erkennbar sind.

Schroeder bedauert, dass er den Pat. schon jetzt dem Verein hat vorstellen müssen. Er ist dazu genöthigt worden, da Pat. zum Sommer in sein Dorf geht und vielleicht nicht zurückkehrt. Sichere Schlüsse lassen sich bei der Kürze der bisherigen Beobachtungszeit nicht ziehen.

Für Salzer's Meinung, dass die Membran an der Hinterfläche des Gläschens nicht entzündlichen Ursprungs, sondern in Folge der Blutung bei der Operation entstanden sei, spricht der Umstand, dass in Salzer's Fall nach starker Blutung eine dicke Membran, in Schroeders Fall nach unbedeutender Blutung eine sehr dünne sich gebildet hat; ferner dass keine merkbare Entzündung vorhanden gewesen und dass das Sehvermögen im Laufe der Beobachtungszeit nicht schlechter geworden sei. Ein beständig fortbestehender entzündlicher Process hätte stetige Dickenzunahme der Membran und stetige Verschlechterung des Sehvermögens verursachen müssen. Eine Bedrohung des Operationsresultates durch die Membran scheint daher nicht zu bestehen.

Bedenklich erscheint dagegen das in beiden Fällen beobachtete, wenn auch sehr langsame Vorrücken der Prothese. Es fragt sich, ob dieses allmählich zum Stillstand gelangen könne oder ob das Bestreben des Organismus, den Fremdkörper zu eliminiren, endlich doch zur Ausstossung der Prothese führen wird. Darüber lässt sich noch nichts Sicheres aussagen. Bisher wissen wir nur, dass sie sich über ein Jahr lang halten kann. Solange hofft Schroeder zunächst auch das Sehresultat bei seinem Pat. erhalten zu sehen.

Welches aber auch das Endresultat sein mag, so bieten in jedem Fall die Salzer'schen Experimente und die von ihm und Schroeder am Menschen gemachten Versuche manches wissenschaftliche Interesse, da sie uns belehren über das Verhalten fest fixirter, in thierischen Flüssigkeiten unlöslicher, also nicht entzündungserregender Fremdkörper.

Es lässt sich ausserdem aber wohl hoffen, dass auch in praktischer Beziehung ein Schritt weiter gethan sei, da, wenn sich diese Prothese nicht hält, die mit ihr gemachten Erfahrungen vielleicht zu einem neuen Verfahren hinleiten, das besseren Erfolg verspricht.

Höchst wünschenswerth ist das Letztere, da wir den durch Leucoma totale corneae Erblindeten mit unserer Therapie bisher vollkommen machtlos gegenüberstehen. Ihre Zahl ist aber gewiss nicht gering; es lässt sich wohl annehmen, dass unter den c. 200 Tausend Blinden Russlands sich gewiss ein paar Tausend solcher befinden.

Nachtrag. Am 18. Mai wird Pat. in sein Heimathsdorf entlassen. Das Auge hat sich seit einigen Tagen wieder vollständig beruhigt; es besteht keine störende Empfindung, obgleich die Häckchen mangels einer geeigneten Zange nicht entfernt worden sind. Nur bei längerer Untersuchung oder Blendung durch helles Licht thränt das Auge. Tension normal; keine Druckempfindlichkeit. — Bulbus etwas mehr geröthet als normal, besonders durch Bildung von 3 grösseren Gefässchen der Conjunctiva, die von oben zum Leucom ziehen und sich in der Umgebung der Prothese auf diesem verästeln. — Lage der Prothese unverändert; die untere Hälfte des Ringes ganz im Niveau des Leucoms, die obere Hälfte etwas vor-





ragend, weil sich neben ihr eine flache grubenartige Vertiefung im Leucom gebildet hat. In der letzteren ist das Leucom stark verdünnt, so dass man die hintere (Stütz-) Platte der Prothese durchschimmern sieht. Von den Häkchen sind 3 durch die Oberfläche des Leucoms vorgedrungen, ragen etwa ½ Mm. vor; die anderen scheinen mehr durch. — Die vordere Fläche des Gläschens ist rein. Auf der hinteren Fläche besteht die feine graue Membran, in der noch ein paar dunkelbraune Pünktchen zu erkennen sind, unverändert fort; sie ist vielleicht etwas intensiver grau geworden.

Mit dem Augenspiegel ist nur ein sehr undeutlicher gelblicher Reflex zu erhalten.

Sehvermögen unverändert, Fingerzählen in 2,25 Meter Entfernung. Die Farbentafeln alle gleich erkannt, auch grün.

(Autorreferat).

Herr Wanach: der von v. Schröder demonstrirte Fall bietet vom allgemeinen chirurgisch-pathologischen Standpunkte ein grosses Interesse insofern, als die bisherigen Versuche, Fremdkörper als Ersatz verloren gegangener Gewebe einheilen zu lassen, meist missglückt sind. Solche Versuche sind von vielen Chirurgen zu verschiedenen Zwecken unternommen worden. So behufs Ausführung der Sehnen- und Nervenplastik, ferner unter dem Namen der «Knochenplombirung» zur Ausfüllung grösserer und kleinerer durch Operationen gesetzter Hohlräume in den Knochen; ferner zur Deckung des Schädeldefectes nach Trepanationen bei Jackson'scher Epilepsie. Das Schicksal aller dieser Fremdkörper war, dass sie entweder resorbirt wurden, oder auseiterten, oder aber, wenn sie dauernd im Körper zurückbehalten wurden, durch Bindegewebswucherung eingekapselt wurden. Bekannt sind die vor einigen Jahren von Gluck angestellten Versuche an Knochen — doch liess sich auch ihnen gegenüber der Nachweis führen, dass es verfrüht war von «Dauererfolgen» zu reden. — Offenbar liegen für das Einheilen der fremden Substanzen an der Oberfläche des Körpers noch viel schwierigere Verhältnisse vor.

Einen anderen Modus des dauernden Verbleibens im lebenden Organismus als im Zustande des Eingekapseltwerdens kennen wir nach unseren bisherigen Erfahrungen nicht. Und von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, erscheint es sehr fraglich, ob der von v. Schröder vorgestellte Kranke sich seiner durchsichtigen künstlichen Cornea lange erfreuen wird; sollte sie wirklich einheilen, so hat man zu erwarten, dass sie sich an der inneren und äusseren Fläche mit einer Bindegewebsmembran überziehen wird — was, wenigstens in functioneller Beziehung, einem vollständigen Misslingen des Versuches gleichkommen würde.

Herr v. Schröder: den Ausführungen des Vorredners ist entgegenzuhalten, dass bisher nur sehr wenige Versuche bezüglich der Einheilung von vollständig unlöslichem Material angestellt worden sind. Als solches kann nur Platina, Bergkrystall und Gold gelten. Die Beobachtungen Leber's über das beliebig lange Verweilen von Golddrahtstückchen in der vorderen Augenkammer, ohne dass irgendwelche Reactionserscheinungen eintreten, sprechen doch dafür, dass eine Einkapselung nicht unbedingt zu erfolgen braucht. Auf Grundlage dieser Erfahrungen sind wir denn auch berechtigt den von Salzer gewiesenen Weg weiter zu betreten.

2. Herr Hellat demonstrirt den Kehlkopf eines 3 monatlichen Kindes, der dadurch ausgezeichnet ist, dass tuberculöse Geschwüre an ihm nicht den gewöhnlichen Sitz in der Gegend der Stimmbänder, sondern an den hinteren Rändern der Schildknorpelplatten einnehmen.

3) Herr Dobbert: referirt über einen Fall von «falscher Geburt» bei Extrauterinschwangerschaft.

Die 30-jährige B. A. wurde am 16. April in die gynaekologische Abtheilung aufgenommen mit der Diagnose Tumor abdominis. Gegen Abend heftige Schmerzen von ausgesprochen wehenartigem Charakter. Die Hebamme findet wenig veränderte Portio mit kaum für einen Finger durchgängigem äusseren M. M. Analgegend vorgewölbt, After klaffend. Allmähliges Heraustreten einer Geschwulst aus dem After, welche sich als Kindskopf erweist. Extraction der Frucht an den Schultern, wobei die Nabelschnur abreisst. Fehlen bedeutenderer äusseren Blutung, dessenungeachtet zunehmender Collaps der Pat. Als D. die Pat. um 2 Uhr 30 Min. Nachts sah, war der Zustand folgender. Gracil gebaute Frau, Anaemia maxima, Puls nicht fühlbar. Abdomen weich, nicht schmerzhaft. In der Bauchhöhle keine freie Flüssigkeit. Unterhalb des Nabels links eine kugelige, derbe Kindskopfgrosse Geschwulst, welche nach rechts hin in einen kleineren, weicheren Tumor übergeht, dessen Oberfläche etwas uneben erscheint. Anus klafft, aus demselben entleert sich wenig dunkelen flüssigen Blutes. Oberflächliche Sugillationen und Einrisse der Schleimhaut um die Afteröffnung.

Der eingeführte Finger fühlt, c. 8 C. von der Analöffnung entfernt, an der vorderen Wand des Rectum ein unregelmässig gestaltetes grosses Loch, dessen Ränder sich in das Lumen des Dickdarmes einstülpen. Durch diese Oeffnung gelangt man in eine grosse Höhle, welche mit Blutgerinnseln, meist frischen Datums, angefüllt ist. Entfernung von über 500 ccm. solcher Gerinnsel. In der Richtung nach oben und links fühlt man einen etwas hervorspringenden Wulst, welcher den Eindruck von Placentargewebe macht. Der vorderen Wand des Fruchtsackes liegt der etwas vergrösserte Uterus eng an. Die linke Tube scheint unmittelbar in den Tumor überzugehen.

Im Fruchthalter scheinen schon seit einiger Zeit Zersetzungsvorgänge sich abgespielt zu haben, denn ein Theil der Blutgerinnsel ist schon in Fäulniss übergegangen und verbreitet einen sehr unangenehmen Geruch. Die Frucht (männlich) zeigt auch beginnende Maceration an Kopf und Bauch, hat eine Länge von 35 C. Gewicht 800 grm. Kopfumfang 21 C.

Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine Extrauteringravidität handelte, bei welcher es in Folge des Absterbens der Frucht zu einer frühzeitigen «falschen Geburt» mit Perforation und Austritt der Frucht ins Rectum gekommen war.

Bei dem kläglichen Allgemeinzustand der Pat. und Fehlen irgend welcher bedrohlichen Blutung wurde von einer lokalen Therapie Abstand genommen und durch Analeptica, hypodermatische Kochsalzinfusionen der Allgemeinzustand der Pat. zu heben gesucht. Derselbe besserte sich in den nächstfolgenden Tagen etwas; in den localen Erscheinungen trat dagegen eine entschiedene Verschlimmerung ein. Im Fruchtsack etablirten sich Zersetzungs- und Jauchungsvorgänge, in der Bauchhöhle Erscheinungen von Peritonitis. Trotz des trostlosen Zustandes machte D. am 4. Tage die Laparotomie und nähte den Fruchtsack breit in die Bauchwunde ein, in der Hoffnung nach einigen Tagen, wenn genügende Verklebung des Sackes mit der Bauchwunde entstanden sein würden, den Fruchthalter zu eröffnen, die Placenta zu entfernen und ausgiebig zu drainiren. Pat. starb 2 Tage nach der Operation unter zunehmenden Erscheinungen einer allgemeinen septischen Infection.

Eine Beschreibung des bei der Section gewonnenen und demonstrirten Präparates soll bei ausführlicherer Veröffentlichung des Falles erfolgen. (Autoreferat).

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 7. November 1897.

Walter demonstrirt eine Patientin mit weit fortgeschrittenem Schleimhautpemphigus. Krankengeschichte: J, K. 27. a. n. Mutter lebt und ist gesund. Vater plötzlich vor mehreren Jahren verstorben, 2 Schwestern leben und sind bis auf ein Augenleiden gesund. (Trachom). Als Kind Scharlach, mit 11 Jahren Masern, für Lues fehlt jeder Anhaltspunkt. Als Pat. 16 Jahre alt war, also vor 11 Jahren erkrankte zuerst das linke später auch das rechte Auge unter heftiger Lichtscheu und allmäliger Verschlechterung des Sehvermögens, die auf dem rechten Auge zu völliger Erblindung geführt hat. Auf dem linken Auge besteht zur Zeit noch geringes Sehvermögen. Die Thränensecretion hörte allmählig völlig auf. Gleichzeitig mit der Erkrankung der Augen traten Halsschmerzen und Schnupfen auf. Zeitweilig Expectorationen von blutigen Borken und Schleimfetzen. Dasselbe entleerte sich auch aus der Nase. Allmählig wurde die Nasenathmung schwerer, später auch die Athmung durch den Mund. Seit 7 Jahren Aphonie; es stellte sich Harthörigkeit ein, anfangs nur zeitweilig, später dauernd, dabei kein Ausfluss aus den Ohren. Die ersten 7 Jahre der Krankheit ist Pat. meist bettlägerig gewesen, später nur dann wenn eine acute Verschlimmerung des sonst chronischen Zustandes eintritt: starke Zunahme der Athemnoth, die sich event. bis zu Erstickungsanfällen steigert, darauf Expectoration von blutigen Borken und Fetzen, worauf Erleichterung und Wiederkehr des status quo eintritt. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen im Rachen tritt Verschlimmerung im Zustande der Augen auf. Selten und ganz vereinzelt treten ohne besondere Praedilectionsstellen auf der Haut Blasen auf, die etwa Erbsengrösse erreichen, sich leicht zerdrücken lassen und einen vollkommen flüssigen, blutig gefärbten Inhalt zeigen. Ebensolche Blasen sind auch im Munde, auf der Schleimhaut der Lippen, der Wangen und des Gaumens aufgetreten. Nach dem Platzen der Blasen Borkenbildung und Heilung ohne oder mit nur geringer Narbenbildung. Die ersten Jahre hat Pat. an heftigen Kopfschmerzen gelitten, es bestand häufig Fiebergefühl. Appetit gut, Stuhlgang normal. Pat. hat sich von verschiedenen Aerzten ohne Erfolg behandeln lassen. Vor 4 Jahren Lidoperation in der Augenklinik.

Pat. ist von mittlerer Grösse und relativ gutem Ernährungszustande. Die Haut des Gesichtes zeigt umschriebene erythemartige geröthete Flecke von verschiedener Grösse. Einzelne kleine Narben besonders an der Stirn. Mässige Schwellung der Cervicaldrüsen. Augenbefund (Dr. Lackschewitz): äussere Lidhaut normal. Lidkanten beider Oberlider zeigen die Folgen einer vor 4 Jahren ausgeführten Transplantation von Lippenschleimhaut, die ihren Charakter

noch erkennen lässt. Stellweise deviirte Cilien. kein Lagophthalmus. Hochgradige Schrumpfung des ganzen Conjunctivalsackes, die am linken Auge zu völligem Schwund desselben am unteren Lid geführt hat, während rechts am unteren Lid noch eine seichte Bucht von c. 5 Mm. Breite Lidkante und Hornhautrand trennt. Am oberen Lid, das sich noch ectropioniren lässt beschränkt sich die Schrumpfung nur auf den Uebergangstheil. In den geschrumpften Theilen der Conjunctiva besteht keine stärkere Narbenbildung, wie sie für Trachom charakteristisch ist. Hornhaut beiderseits xerotisch getrübt, rechts in toto ectatisch. Die Xerose betrifft gleichmässig alle Theile der Cornea, ist so quälend dass Pat. alle paar Minuten eine Borlösung ins Auge träufeln muss um das lästige Gefühl der absoluten Trockenheit zu lindern. Bei Betrachtung mit der Loupe erkennt man, dass die Trübung vorzugsweise in den vorderen Hornhautschichten liegt, im Parenchym und den tieferen Schichten ist sie scheinbar geringer. Nur vereinzelte feine Gefässe ziehen vom Limbus zum Centrum der Cornea. Tension rechts ein wenig erhöht. Visus rechts = 0. links Finger in nächster Nähe.

Naseneingang beiderseits sehr eng. Links oben dicht am Naseneingang ein kleines mit grauem Belag bedecktes Geschwür. Vor etwa 2 Wochen constatirte Walter an dieser Stelle eine Blase von c. Erbsengrösse und blutig serösen Inhalt. Es besteht mässiger Foetor. Schleimhaut des Rachens blass. Der weiche Gaumen mit der hinteren Rachenwand verwachsen, so dass der Zugang zum Nasenrachenraum bis auf ein Loch, das ungefähr für eine Bleifeder durchgängig wäre, geschlossen ist. Uvula fehlt völlig (ist in dieser Verwachsung aufgegangen). Auf dem weichen Gaumen ein oberflächliches Geschwür, an dessen Rändern noch kleine Schleimhautfetzen zu sehen sind. Am Tage vor der Demonstration war an dieser Stelle eine Blase zu sehen. Es zeigt der heutige Befund den ungemein schnellen Zerfall solcher Blasen auf der Schleimhaut. Die Epiglottis ist breit und zeigt vernarbte Defecte. Von den Ligamenta aryepiglottica zieht sich eine membranöse Schleimhautfalte in der Art eines Diaphragma's über den Kehlkopfeingang, diesen stenosirend. Beim Intoniren verengert sich das Lumen dieser Stenose bis auf etwa Federposendicke, dabei sieht man das linke Stimmband, das rechte bleibt unsichtbar. Lungenbefund normal, ebenso der Befund an den übrigen Organen. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

Bis 1895 sind nach Dr. Borthen (Zehender's klin. Monatsblätter für Augenheilkunde Bd. XXXIII) 39 Fälle von Pemphigus der Conjunctiva beschrieben worden. Nach Steffan scheint es, dass vielleicht alle bis jetzt als «essentielle Bindehautschrumpfung» beschriebenen Fälle als Pemphigus aufzufassen sind. In den meisten Fällen von Conjunctivalpemphigus fanden sich auch Eruptionen im Rachen, in der Nase und auf der Haut. Dr. Albrandt beschreibt einen Fall, wo nur die Conjunctiva ergriffen war, Dr. Borthen und Prof. Deutschmann je einen wo ausserdem Nasen- und Rachenaffectionen bestanden, Eruptionen auf der Haut aber fehlten. Ein Fall von Prof. M. Schmidt hat grosse Aehnlichkeit mit dem hier demonstrirten. Es bestanden ebenfalls Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Interressant ist in unserem Fall die Stenose des Kehlkopfes, die bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist. Die Diagnose des Pemphigus ist, wenn sich charakteristische Eruptionen auf der Haut finden oder man Gelegenheit hat auf den Schleimhäuten eine Blase zu sehen, was aber wegen ihrer grossen Vergänglichkeit selten vorkommt, nicht schwer, sonst aber kann man wohl bei der Seltenheit der Krankheit in Verlegenheit kommen. In unserem Fall wurde die Diagnose durch Dr. Lackschewitz, der bereits Gelegenheit gehabt hat solche Fälle zu sehen, aus dem Augenbefund gestellt. Sorgfältige und genaue Anamnese kann in schwierigen Fällen vor Fehldiagnose schützen. Die Aetiologie des Pemphigus ist noch in vielem unklar. Nach Strelitz, Almqvist und anderen ist der Staphylococcus pyogenes aureus der Erreger, nach Deutschmann ein Streptococus. Mit der Therapie stehen wir dem Pemphigus ziemlich machtlos gegenüber; unser Pat. bekommt Arsenik, ohne dass sich bis jetzt eine günstige Beeinflussung der Krankheit constatiren lässt. Die Prognose ist eine trübe.

(Autoreferat).

Discussion

Lackschewitz: resumirt kurz den Augenbefund und dessen Eigenthümlichkeit gegenüber altem Trachom, der einzigen Erkrankung die differential-diagnostisch in Betracht kommt: hochgradige Schrumpfung des ganzen Bindehautsackes, ohne die ausgesprochenen weissen Narbenzüge, wie sie bei altem Trachom sich finden. Xerosis parenchymatosa der Cornea, die sich aber durch Fehlen der tieferen parenchymatösen Trübungen vor der Xerose auszeichnet, wie sie bei altem Trachom in Folge von Pannus und ulcerativen Processen auftritt. L. hat einen ganz analogen Fall in der Fuchs'schen Klinik zu Wien gesehen. Er berichtet über einen 2. Fall, den er vor mehreren Jahren in der Augenklinik beobachtet hat, ohne dass damals die richtige Diagnose gestellt worden war. Es handelte sich um eine Pat. von c. 50 Jahren, die mit Entropium und Schrumpfung der Conjunctiva in die Augenklinik kam. Es wurde eine Lidoperation ausgeführt. Nach einem Monat Verschlimmerung des Zustandes, ohne dass während der Beobachtungszeit je ein Follikel resp. eine trachomatöse Ulceration der Conjunctiva gesehen worden ist. Dabei bestand Aphonie, im Rachen typische runde Schleimhautdefecte als Residuen von Blasen, die jedoch selbst nicht zur Beobachtung kamen. Seiner Ansicht nach hat es sich in diesem Fall um Pemphigus gehandelt.

Er hebt ferner hervor, dass der Sehrumpfungsprocess der Conjunctiva nicht durch blasige Abhebung und darauffolgende Geschwürsbildung zu Stande zu kommen braucht. Pathologisch-anatomisch ist beim Pemphigus der Conjunctiva eine hochgradige zellige Infiltration des subepithelialen Gewebes nachgewiesen worden, die direct ohne Geschwürsbildung zur Schrumpfung der Schleimhaut führen kann. Dieser letztere Umstand deutete auch auf die Identität der sog. «essentiellen Schrumpfung» mit dem Pemphigus der Conjunctiva.

Truhart: erinnert sich, dass Hirschberg das Vorkommen der Hornhautectasie bei Xerose in Folge von Pemphigus erwähnt hat, wie sie sich am rechten Auge der Pat. findet.

Koppel fragt, ob auch an den übrigen Schleimhäuten, wie der der Genitalien Blaseneruption zur Beobachtung gekommen ist, ob von Seiten der Lungen Erscheinungen vorliegen, welche darauf hinweisen, dass vielleicht ähnliche Processe unterhalb des Larynx in der Trachea und den Bronchien spielen. Die Difformität der Epiglottis sieht ihm nach vorausgegangenen ulcerativen Processen aus.

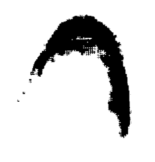
Walter: der Befund an den Genitalien ist ihm nicht bekannt. Lungenbefund ist normal, auch sind die Beschwerden nie derartige gewesen, dass man auf Betheiligung der Bronchien schliessen könnte. Möglicherweise ist die Trachea dicht unterhalb des Kehlkopfes mit ergriffen, jedenfalls sind es nicht ihre tieferen Theile sowie die Bronchien.

Lackschewitz fragt, wie es zu den tiefergreifenden Zerstörungen der Epiglottis gekommen sein kann.

Walter: wahrscheinlich ist es im Anschluss an die Schleimhautulceration zu einer Perichondritis gekommen, die zu Necrose und Elimination von Knorpeltheilen geführt hat.

Otto: der Fall ist hoch interessant, da er uns die Erscheinungen nach jahrelangem Bestehen des Leidens zeigt. Er hat in seiner Praxis 2 Fälle beobachtet, die er auch geneigt ist zum Pemphigus zu rechnen. Allerdings befinden sie sich eben in den ersten Stadien der Erkrankung, so dass der weitere Verlauf die Diagnose sichern muss. In dem 1. Fall handelt es sich um eine Dame von 37 Jahren, bei welcher plötzlich eine ziemlich umfangreiche Blase am weichen Gaumen auftrat, die mit ihrem vorderen Rand die Grenze des harten Gaumens erreichte. Die Blase war gespannt, von livider Färbung, umgeben von einer gerötheten Randzone. Nachdem sie einen Tag bestanden hatte, platzte sie, es kam nicht zur Ulceration, sondern in einigen Tagen war die Heilung eine vollständige. Die Dame verreiste und O. hat bisher weiteres von ihr nicht gehört. Der 2. Fall, in welchem es zu Blaseneruption auf der Haut, der Glans penis und dem Scrotum kam, zeigte eine eigenthümliche Aufeinanderfolge von Recidiven, Pat. 42 a. n. kam im Juli 1896 in Otto's Behandlung. Es liess sich nur am Mittelfinger der linken Hand ungefähr in der Gegend des letzten Gelenkes eine leichte Röthung und Schwellung der Haut constatiren. Pat. gab an das Gefühl zu haben, als hätte er sich verbrannt. Nach 8 Tagen war alles geschwunden. Nach c. 4—6 Wochen genau an derselben Stelle dieselbe Erscheinung mit gleichem Verlauf. Im October wieder Schwellung des Fingers, im Anschluss daran trat 3-fache Blasenbildung in der Volarfläche der linken Hand auf, welche unter indifferenter Behandlung in Heilung überging. Sehr bald derselbe Process auf der rechten Vola, wobei es zur Bildung einer centralen grösseren Blase kam, während eine zweite am Daumenballen sass. Ende November entstand an der Zunge eine grössere Blase, die platzte ohne ein Geschwür zu hinterlassen, ferner mehrere erbsengrosse Blasen an der Glans penis und dem Scrotum. An letzterer Stelle schwanden sie bald, während sie an der Glans auf der Umschlagsfalte des inneren Praeputialblattes sehr hartnäckig waren, immer wieder von neuem recidivirten. Der Process dauerte diesmal 4—5 Wochen, seitdem ist noch kein Recidiv eingetreten.

Vorher ist von Walter auf die erythemartige Röthe im Gesicht der Pat. aufmerksam gemacht worden, eine Erscheinung die den Gedanken an einen Zusammenhang mit dem Erythema multiforme nahe legt. Die Entscheidung ob in den zuletzt referirten Fällen Pemphigus vorliegt oder ein Erythem mit Blasenbildung ist schwierig. Rosenthal hat eine Reihe von Fällen ähnlicher Art unter dem Namen Erythema bullosum zusammengefasst. Nach seiner Beschreibung befallen derartige Erytheme Personen in mittleren Lebensjahren, wobei Blasen in der Mundhöhle, auf den Lippen, den Wangen etc. auftreten. Im Anschluss daran beobachtet man auch Eruptionen an den Genitalien (Praeputium, Glans, Scrotum) während sie an anderen Stellen des Körpers fehlen. Der zuletzt geschil-



derte Fall, verglichen mit Rosenthals Beschreibung unterscheidet sich nur durch das Auftreten von Blasen in der Vola manus. Interessant ist die zeitlich weit vorausgehende Erkrankung am Mittelfinger, die nur in Röthung und Schwellung bestand. O. sieht darin ebenfalls eine Manifestation des Erythemes, das hier nicht bis zur Bildung einer Blase geführt hat. Aetiologisch ist von Walter angeführt worden, dass beim Pemphigus Strepto- und Staphylococcen gefunden worden sind. Sobald wir der Erklärung zuneigen, dass es sich in diesen Fällen um eine erythemartige Erkrankung handelt, so brauchen wir keine bacterielle Ursache anzunehmen, wir können uns dann die Erkrankung als trophisch-vasomotorische Neurose denken, resp. als periphere Nervenerkrankung, zumal Eppinger bei Erythema multiforme degenerative Vorgänge in peripheren Nerven (perineuritische Veränderungen und Blutungen) gefunden haben will.

Boettcher hält keinen der hier zur Sprache gebrachten Fälle für Erythema multiforme, das nie so schwere Störungen, wie sie hier vorliegen hinterlässt. Auch die Fälle Otto's gehören nicht dazu, da es zur Blasenbildung in der Vola manus kam. Das Erythem hat seine Praedilectionsstellen an den Streckseiten der Extremitäten, geht höchstens einmal an den Seiten auf die Beugeflächen über. So streng localisirt ist es nie zur Beobachtung gekommen. Es tritt ferner nicht unabhängig von den Jahreszeiten auf, kommt besonders häufig im Herbst und Frühjahr zur Beobachtung. Was das Erythema bullosum anbetrifft, so ist das eine weitere Entwickelungsstufe des Erythema multiforme.

Lackschewitz betont den Unterschied zwischen dem demonstrirten Fall und dem von Otto referirten. In ersterem handelt es sich um eine schwere langsam verlaufende Erkrankung, deren Prognose absolut ungünstig ist, während letztere in kurzer Zeit ohne Schrumpfung und Narbenbildung in Heilung übergingen.

Walter glaubt, dass die erythemartige fliegende Röthe auf dem Gesicht der Patientin vielleich nicht direct mit dem Pemphigus in Verbindung zu bringen sei. Sie erstreckt sich hier auf grössere Flächen, während die Blasen auf der Haut stets klein gewesen sind. Bestände ein Zusamenhang zwischen der Blasenbildung und der Röthung, so müssten doch wohl ein oder das andere mal grössere Blasen aufgetreten sein. Bei der hochgradig geschwächten Constitution der Patientin, die jahrelang bettlägrig gewesen ist, liesse sich diese erythemartige Röthe vielleicht anders erklären.

Otto hat derartige Narbenbildungen im Rachen und Larynx zum ersten mal gesehen. Die Frage nach dem Zusamenhang zwischen Erythem und Pemphigus scheint ihm aetiologisch wie differenziell-diagnostisch noch unentschieden zu sein, zumal über die Aetiologie des Pemphigus noch so wenig bekannt ist. Vielleicht handelt es sich um 2 ganz verschiedene Krankheiten.

Walter wünscht von den Collegen zu erfahren, was therapeutisch spec. gegen die Larynxstenose geschehen könnte, ob der Patientin event. durch mechanische Erweiterung geholfen werden kann.

Otto: in Betracht käme eine Schlitzung des vor den Stimmbändern gelegenen Narbendiaphragmas durch Incision nach vorne, event. stumpfe Erweiterung der Larynx durch Bolzen.

Koppel: macht darauf aufmersam, dass das vor den Stimmbändern sich ausspannende Diaphragma doch vielleicht nicht so dünn sein dürfte, wie es im ersten Augenblick erscheint, sondern eine derbe Narbenstenose, die der Behandlung resp. Erweiterung erhebliche Schwierigkeiten in den Weg stellen könnte.

Hörschelmann berichtet einen ungewöhnlichen Fall von Nabelschnurumschlingung, den er im September a. c. auf dem Lande zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelt sich um eine 51-jährige XI para, bei der schon bei den vorhergegangenen Geburten mehrfach Nabelschnurumschlingungen beobachtet worden waren. Während in der Schwangerschaft bei Hängebauch und grosser Beweglichkeit des Kindes Querlage bestand, stellte sich am 23. Nov. morgens nach erfolgtem vorzeitigen Wasserabfluss die Geradlage spontan her. Der Kopf des Kindes trat in das Becken ein, der Rücken befand sich links, Beckenmaasse normal. Die kindlichen Herztöne waren von normaler Frequenz, doch klappend und blieb etwa jeder 8. Schlag weg. Ein Nabelschnurgeräusch war nicht zu hören. Die Wehenthätigkeit war eine äusserst schwache, so dass am Nachmittage zur Anregung derselben heisse Vaginalspülungen und ein warmes Bad in Anwendung kamen. Abends Katheterismus der Blase und Incision in den hinteren Muttermundssaum. Bald darauf kam eine vorzeitige Placentarlösung zur Beobachtung, die zu Blutungen nach Eintritt jeder Wehe und starker Alteration der kindlichen Herztöne führte. Letzterer Umstand, sowie der starke Blutverlust der Mutter forderten dringend zu einer entbindenden Operation auf. Da der Kopf mit der grössten Circumferens in's Becken eingetreten war, entschloss sich Vortragender zur Zange, obgleich der Muttermund nicht völlig verstrichen und die grosse Fontanelle nach vorne gerichtet war. Nach der Entwickelung des Kopfes, der mit vorausgehender Fontanelle ohne Dammriss erfolgten, zeigten sich eigenthümliche Verhältnisse von Seiten der Nabelschnur, die zunächst ein Extractionshinderniss abgaben. Es erwies sich nämlich, dass die linke Hand und der rechte Fuss sich kreuzten und durch eine Nabelschnurschlinge an einander gefesselt waren. Die Umschlingung war eine vollständige, so dass später, nachdem die Schlinge abgestreift war, beim Anziehen der Schnur ein Knoten zurückblieb. Die Schnur verlief dann weiter durch die rechte Axelhöhle über den Rücken und die linke Nackenpartie zur Placenta. Dabei stemmte sich die Planta des rechten an die linke Hand gefesselten Fusses gegen die Symphyse. Um das Kind zu entwickeln wurde die Schnur nach doppelter Unterbindung durchschnitten, die Schlinge über Fuss und Hand abgestreift, der Fuss von der Symphyse ab und zurück geschoben, der linke Arm aber aus der Vulva herausentwickelt. Nun befand sich der Rücken des Kindes nicht mehr links sondern hinten und etwas rechts, er wurde noch mehr nach rechts herübergedrängt und das Kind dann an der rechten Schulter völlig extrahirt. Die Nabelschnur war 96 Cm. lang, das Kind war ein mittelstark entwickelter Knabe. Wiederbelebungsversuche waren erfolglos. Für die Mutter war der Ausgang ein günstiger, sie machte ein normales Wochenbett durch.

An den beobachteten Fall knüpft Vortragender Bemerkungen aus der einschlägigen Litteratur, die sich besonders in der Dissertation von Paul Bruttan: «Ein Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurumschlingungen auf Grundlage von 500 an der Dorpater Frauenklinik beobachteten Geburten» Dorpat 1890, zusammengestallt findet. Die Nabelschnur befindet sich in normaler Lage, wenn sie zusammengeknäult an der vorderen Fläche des foetus liegt, doch sind auch Umschlingungen ein häufiger Befund. Im allgemeinen wird die Häufigkeit auf 1:4 oder 1:4,5 angegeben. Bedeutend überwiegen Umschlingungen um den Hals. Von 143 Umschlingungen, die Bruttan beobachtete, waren 134 um den Hals und nur 9 um Rumpf und Extremitäten. Ursache der Umschlingungen sind active Bewegungen des Kindes in utero, praedisponirende Momente — lange Nabelschnur, reichliches Fruchtwasser, grosse Beweglichkeit des Kindes. Umschlingungen der Nabelschnur können in seltenen Fällen schon in der Schwangerschaft durch Strangulation dem Foetus verhängnissvoll werden. Häufiges Involviren sei während der Geburt eine Gefahr, indem sie zu Asphyxie und Tod des Kindes durch Compression — besonders bei Erstgebärenden oder vorzeitiger Placentarlösung führen. Durch die bei Placentarlösung auftretende Blutung, dann auch durch Verzögerung der Geburt wegen ungünstiger Kindslage ist die Nabelschnurumschlingung gelegentlich auch für die Mutter kein gleichgiltiges Ereigniss. Vortragender führt dann 6 Fälle von complicirter Umschlingung aus der Litteratur an, die dem von ihm beobachteten mehr oder weniger ähneln, keiner jedoch ihm vollkommen entspricht. — Es folgt zum Schluss eine Zusammenstellung der Symptome, welche eine Nabelschnurumschlingung hervorrufen kann und von denen einzelne gelegentlich zu einer frühzeitigen Diagnose verwerthet werden können. Schon die Anamnese, die grosse Beweglichkeit des Kindes und die eigenthümlich aussetzenden Herztöne liessen in dem beobachteten Fall eine Nabelschnurumschlingung vermuthen. Von sonstigen Symptomen kamen zur Beobachtung: 1) Wehenschwäche, obwohl für dieselbe auch andere Gründe vorhanden waren, wie das Alter der Kreissenden und der vorzeitige Wasserabfluss. 2) Vorzeitige Placentarablösungen. 3) Relativ hoher Kopfstand. 4) Ausgesprochenes Verlangen der Kreissenden aufzusitzen (King'sches Symptom) endlich 5) Vorderhauptslage und Ueberdrehung der Schulter. Nicht zur Beobachtung kamen: ein während der Wehe im Gebärmuttergrund von der Kreissenden empfundener eigenthümlich ziehender oder zerrender Schmerz. Einstülpung des Fundus uteri bei jeder Wehe, das Zurücktreten des Kopfes nach jeder Wehe fast um so viel als er in derselben vorgerückt war und endlich das Nabelschnurgeräusch.

Secretär: Lackschewitz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis zum 22. August 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
319	271	590	139	62	123	12	6	25	52	46	33	34	34	14	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 8. Diphtherie 24, Croup 1, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 1, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 127, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau Amalie Schulse, фонтанка № 137, кв. 119.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 31 Августа 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 5. (17. September) 1898

Das Balantidium coli als eine in Livland häufige Ursache chronischer Durchfälle.

Von
Prof. K. Dehio.

(Vorgetragen auf dem X. livländischen Aerztetage in Wolmar am 21. August 1897).

Vor 2 Jahren hat mein damaliger Assistent Dr. med. M. Gurwitsch auf dem VIII. livländischen Aerztetag eine Mittheilung gemacht über das Vorkommen des Balantidium coli im menschlichen Darm. (cfr. Petersb. medic. Wochenschr. 1897. № 20).

Da Herr Gurwitsch bei dieser Gelegenheit schon alles Nöthige über die Naturgeschichte dieses Parasiten gesagt und die 7 bis dahin auf meiner Klinik beobachteten Fälle beschrieben hat, so möchte ich, um Wiederholungen zu vermeiden, nur in aller Kürze über einige weitere Beobachtungen berichten, welche ich seitdem habe machen können.

Alle Autoren stimmen darin überein, dass das Balantidum coli ein Parasit ist, der ausschliesslich den Dickdarm bewohnt. Durch seine Monate und Jahre lange Anwesenheit bewirkt er chronische Reizungszustände und schwere ulceröse Processe der Dickdarmschleimhaut, an denen die Kranken schliesslich zu Grunde gehen. Die klinischen Symptome bestehen in lange anhaltenden Durchfällen, die aus flüssigen, häufig mit Schleim und zuweilen auch mit Blut vermengten Ausleerungen bestehen. Bei der mikroscopischen Untersuchung finden sich in denselben die sich lebhaft bewegenden, von einem flimmernden Cilienpelz bedeckten Balantidien häufig in so grosser Anzahl, dass in jedem Gesichtsfeld mehrere derselben zu sehen sind. Stets klagen die Kranken über Kolikschmerzen, die namentlich den Ausleerungen voraus zu gehen pflegen; der Leib ist meist eingesunken und namentlich im Verlauf des Dickdarmes oft druckempfindlich. Wir haben somit die characteristischen Erscheinungen einer subacuten oder chronischen Colitis vor uns. Im weitern Verlauf leidet die Ernährung, die Patienten magern ab, das Körpergewicht sinkt und die Körperkräfte schwinden, so dass die Kranken schliesslich bettlägerig werden. Die Hautdecken werden blass und fahl, der Hämoglobingehalt des Blutes sinkt auf die Hälfte des Normalen und es entwickelt sich das ausgesprochene Bild einer schweren Kachexie, an welcher die Kranken schliesslich zu Grunde gehen.

Was die anatomischen Veränderungen bei dieser Erkrankung betrifft, so besitzen wir in der Litteratur nur wenig Beobachtungen. Soviel mir bekannt, haben bis 1896 nur Malmsten, Belfrage, Raptschewski und Gurwitsch je einen Sectionsfall publicirt. Alle diese Autoren stimmen darin überein, dass sich in der Dickdarmschleimhaut bei der durch Balantidien bewirkten Erkrankung ausgedehnte und tief greifende Ulcerationsprocesse vorfinden, welche nach ihrem anatomischen Aussehen einige Aehnlichkeit mit dysenterischen Geschwüren haben. In der letzten Zeit haben nun mein Assistent Herr Dr. med. O. Woit (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LX 1898) und ich (Russisches Archiv f. Pathologie etc. 1898) noch drei Fälle von Balantidien-Colitis mit tödtlichem Ausgang beobachtet, bei denen wir die Section vornehmen und die anatomischen Veränderungen beschreiben konnten. In dem einen der von Woit beschriebenen 2 Fälle, dessen im deutschen Archiv erschienene Abbildung ich hier herum gebe, fanden wir in der ganzen Ausdehnung des Dickdarmes vom Coecum bis in's Rectum eine grosse Menge von Geschwüren, deren Durchmesser von 1—2 Mm. bis 3—4 Cm. betrug. Die Mehrzahl dieser Geschwüre hat eine rundliche Form und viele fliessen zusammen, so dass landkartenähnliche Zeichnungen entstehen. Der Geschwürsrand ist scharf, wie ausgenagt und stellenweise unterminirt, der Grund, welcher bis auf die Muscularis und hin und wieder bis an das Peritoneum vordringt, ist mit grauschwarzen nekrotischen Massen bedeckt.

Ein ganz ähnlicher Befund lag in dem von mir publicirten Fall vor, nur hatte sich hier, da die Geschwüre nahe dran waren, das Peritoneum zu durchbrechen, eine

secundäre theils eitrig-fibrinöse, theils adhäsive Peritonitis entwickelt, durch welche der letale Ausgang unmittelbar bewirkt wurde.

In der Literatur wird allgemein angegeben, dass die Balantidien sich in der Leiche nur wenig Stunden erhalten, so dass sie bei der Section nicht mehr aufgefunden werden. Der vorliegende Fall macht hiervon eine Ausnahme, denn wir konnten bei der 17 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Leichenöffnung noch eine zahllose Menge von lebenden Balantidien im Inhalt des Dickdarmes und namentlich im Schleim und Eiter, welcher die Schleimhaut und die Geschwüre bedeckte, auffinden.

Diese beiden Fälle stimmen also, was den pathologisch-anatomischen Befund betrifft, vollkommen mit den Angaben der früheren Autoren überein. Ganz anders verhält sich der zweite von Woit beschriebene Fall. Derselbe war für uns von besonderem Interesse, weil wir ihn fast 5 Monate beobachten und die verschiedensten therapeutischen Versuche an ihm vornehmen konnten.

Es handelte sich um einen 59-jährigen Bauern, der seit mehreren Jahren an Durchfällen, Leibschmerzen und Tenesmen litt und zuweilen auch Bandwurmstücke im Stuhl entleert hatte. Bei der Aufnahme in die Klinik constatirten wir einen sehr elenden Ernährungszustand und häufige flüssige Stühle. In den letzteren fanden sich Bothriocephalus-Eier und zahlreiche lebende Balantidien. Trotz zeitweiliger Besserungen nahm die hartnäckige Colitis doch im Ganzen einen ungünstigen Verlauf. Die Ernährung sank, die Abmagerung, die Anämie, die Kachexie, die allgemeine Schwäche nahmen unaufhaltsam zu; in den letzten Lebenswochen traten hydrämische Oedeme auf. Die starken Schmerzen im Leibe, die Blutbeimengungen, die sich zuweilen in den Ausleerungen fanden, sowie überhaupt der perniciöse Verlauf der Krankheit liessen uns vermuthen, dass sich auch hier, wie in allen bisher untersuchten Fällen, Geschwüre im Dickdarm vorfinden würden. Das war aber nicht der Fall. Bei der Section fanden wir lediglich einen starken chronischen Katarrh der Dickdarmschleimhaut mit vereinzelten Blutaustritten auf der Höhe der Querfalten und hin und wieder oberflächliche Erosionen des Epithels; grössere Defecte und Geschwüre der Schleimhaut waren nirgends vorhanden. Dieser ungewöhnliche Befund weist darauf hin, dass das Balantidium coli durch seine Anwesenheit Reizungszustände der Dickdarmschleimhaut hervorruft die sich zunächst in der Form eines chronischen Katarrhes äussern; erst bei langer Dauer der Krankeit führt dieser Katarrh zum nekrotischen und geschwürigen Zerfall der Schleimhaut. Bei dem elenden Allgemeinzustand des alten Mannes war hier der Tod eingetreten, bevor es zu den schweren ulcerösen Veränderungen im Dickdarm kommen konnte.

Was die Therapie betrifft, so sind die Erfolge die wir in der Klinik erzielen konnten, leider nicht sehr erfreulich, denn mehr als zeitweilige Besserungen haben wir durch die verschiedensten Mittel nicht erreicht. Aber freilich dürfen wir nicht vergessen, dass unsere Kranken, wenn sie sich entschlossen das Hospital aufzusuchen, stets schon in den letzten Stadien der Krankheit standen, wo die Schwere der localen und allgemeinen Störungen nicht mehr viel erwarten liess. Unser hauptsächlichstes Bestreben wird dahin gerichtet sein müssen, die Balantidien im Darm zu vernichten, oder zu entfernen; wir suchten das durch Darmantiseptica (Salicylsäure und Calomel) und Anthelmintica (Felix mas und Flores Cinae) zu erreichen, und in der That haben wir mehrfach beobachtet, dass nach diesen Mitteln nicht nur die Zahl der Balantidien in den Ausleerungen sondern auch die Häufigkeit der Durchfälle sich zeitweilig verminderte; denselben Erfolg sahen wir einige Male nach Darmausspülungen mit lauwarmer Borsäure.

Obgleich ich über definitive Heilerfolge aus eigener Erfahrung nicht berichten kann, so halte ich es doch nicht für unmöglich, dass in frischen Fällen, wo der Darm noch nicht schwer erkrankt und der Allgemeinzustand noch gut ist, es durch die oben genannten Mittel wohl gelingen mag, den Kranken von seinen Balantidien zu befreien und ihn somit vollkommen herzustellen. Zu Gunsten dieser Hoffnung sprechen einige Fälle von Heilung, die aus der Quincke'schen Klinik berichtet worden sind.

Für die Prophylaxe der Krankheit ist es von Wichtigkeit zu wissen, dass das Balantidium coli ein sehr häufiger Bewohner des Dickdarmes des Schweins ist, so dass dieses Thier als der natürliche Wirth des Parasiten betrachtet werden kann. Eine Uebertragung vom Schwein auf den Menschen müssen wir wohl für möglich halten und in der That finden wir in der Litteratur auffallend häufig die Angabe, dass die erkrankten Personen als Schweinehüter, als Schlächter, beim Wurstmachen u. s. w. mit Schweinen und dem Darminhalt derselben zu thun gehabt haben. Das beim Wurststopfen übliche Aufblasen des Schweinedarms mit dem Munde giebt vielleicht häufig zur Infection Veranlassung. Vorsicht und Reinlichkeit bei derartigen Beschäftigungen mit Schweinen dürfte daher die beste Prophylaxe sein.

Das Balantidium coli ist zuerst im J. 1856 in zwei Fällen beim Menschen gefunden worden. Zwei weiter Fälle hat sodann Prof. Stieda im J. 1866, damals Assistent der Dorpater Klinik, unter Prof. Wachsmut in Dorpat beobachtet und beschrieben. Seitdem haben sich die Beobachtungen aus allen Theilen der Welt, namentlich aber aus Schweden und Russland allmählich gemehrt, so dass Gurwitsch im J. 1896 bereits 44 Fälle aus der Litteratur zusammenstellen konnte, zu denen er 7 neue Fälle aus meiner Klinik hinzufügte, Gegenwärtig sind mir 61 publicirte Fälle bekannt, von denen 28 aus Russland stammen, und zwar kommen.

auf	Dorpat	13
»	Petersburg . . .	8
»	Finnland	6
»	Warschau . . .	1
		28.

Von den 13 Dorpater Fällen sind 11 in den letzten 4 Jahren in meiner Poliklinik und Hospitalklinik zur Beobachtung gekommen. Im Verhältniss zu meinem nicht sehr zahlreichen Krankenmaterial ist das keine ganz geringe Ziffer. Wenn ich dieselbe vollends mit der Zahl von chronischen Durchfällen welche ich überhaupt in dieser Zeit zu Gesicht bekommen habe, in Vergleich setze, so kann ich wohl sagen. dass die durch Balantidien verursachte Colitis eine in Dorpat recht häufige Form des Darmkatarrhes ist.

Seitdem ich begonnen habe auf diese Erkrankung zu achten und in jedem vorkommenden Fall von hartnäckiger Diarrhöe die Ausleerungen einer genauen mikroscopischen Untersuchung unterwerfe, mehrt sich die Zahl der Erkrankungen, in denen Balantidien nachzuweisen sind, von Jahr zu Jahr. Wir haben daher wohl das Recht das Balandidium coli wenigstens in Dorpat und Umgegend für eine recht häufige Ursache der schweren chronischen Erkrankungen des Dickdarmes zu erklären.

Es wäre nun von grossem Interesse zu erfahren, ob in andern Theilen Livlands, und namentlich auch in Riga das Balantidium coli ebenso häufig vorkommt, wie in Dorpat—und das ist der Grund, weshalb ich diese Frage nochmals auf dem Livl. Aerztetag zur Sprache gebracht habe. Das Mikroscop spielt heut zu Tage bei der ärztlichen Diagnose eine so grosse Rolle, dass wohl die Meisten von Ihnen, meine Herren Collegen, über ein solches



verfügen. Ich möchte Sie nun bitten, dasselbe bei den Erkrankungen des Darmkanals recht häufig zu Rathe zu ziehen und ich glaube, dass sich dann, vielleicht auf einem der nächsten Aerztetage, herausstellen wird, dass die Balantidium-Colitis viel häufiger vorkommt und eine viel ernstere Beachtung verdient, als wir bis jetzt geglaubt haben.

Ich würde gern eine Art Sammelforschung in dieser Frage veranstalten und wäre den Collegen sehr dankbar, wenn sie mich hierbei durch Einsendung kurzer Notizen über ihre Beobachtungen unterstützen wollten.

Die mikroscopische Untersuchung ist sehr einfach. Man braucht nur ein Tröpfchen oder ein Schleimklümpchen einer frischen Darmentleerung oder, in Ermangelung einer solchen, eine mit einem löffelartigen Instrument aus dem Mastdarm entnommene Probe des Darminhaltes unter das Mikroscop zu bringen und bei einer mittelstarken Vergrösserung zu untersuchen. Bei der characteristischen Beweglichkeit ihres Flimmerkleides und der Lebhaftigkeit, mit der sie in dem umgebenden Medium umher schwimmen, ist die Diagnose der Balantidien nicht zu verfehlen

Aphorismen zur Frage des ärztlichen Honorars.

Von

Prof. K. Dehio,

vorgetragen auf dem X. livländischen Aerztetag zu Wolmar, am 20. August 1898.

Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollte ich vor den Gliedern des livländischen Aerztetages den Werth und die Bedeutung der ärztlichen Arbeit und Thätigkeit für die öffentliche Wohlfahrt und das Wohlergehen des Einzelnen ausführlich besprechen. Ich weiss, dass ein Jeder der hier versammelten Collegen von dem Adel und der Macht der ärztlichen Kunst, so fest überzeugt ist, dass er seinen Beruf keinem andern unterzuordnen gestattet.

In der That wächst das ärztlichen Können von Jahr zu Jahr. Es ist nicht blos die Kunst des Chirurgen, welche sich täglich neue Gebiete erobert und ungeahnte Erfolge erringt — auch die innere Medicin trägt mit ihrer stilleren aber über desto grössere Massen von Kranken ausgedehnten Thätigkeit nicht weniger zur Wohlfahrt des Menschengeschlechtes bei und darf sich ebenso wichtiger Fortschritte rühmen. Die specifische Therapie der Infectionskrankheiten, die Serotherapie, die Organotheraphie, die moderne Diätetik, Gesundheits- und Krankenpflege — sind das Alles nicht Errungenschaften der innern Medicin die schon jetzt ihre Früchte tragen und einen hoffnungsfrohen Ausblick in die Zukunft gestatten? Es wächst die Macht des Arztes, der leidenden Menschheit Hülfe und Heilung zu bringen und wir fühlen im Kampfe mit der Krankheit die Kraft in unsern Armen wachsen.

Um so auffallender ist, dass trotz der Zunahme unseres medicinischen Könnens doch die materielle Werthschätzung unserer ärztlichen Arbeit seitens des Laienpublicums zu sinken beginnt.

Beweise dafür, dass dem wirklich so ist, liegen in grosser Menge vor. Mir selbst sind vielfach Klagen der Aerzte zu Ohren gekommen, dass das übliche Honorar in der freien Praxis von Jahr zu Jahr kleiner wird und dass Viele die Hilfleistung des Arztes gratis in Anspruch nehmen, ohne dafür ihre völlige Mittellosigkeit als Entschuldigung anzuführen zu können.

Die Ursachen für diese bedauerliche und gefährliche Erscheinung sehe ich in erster Linie in der allgemeinen Ungunst der Zeiten und der zunehmenden Verarmung mancher Stände, z. B. des Literatenstandes, welche sich früher dadurch auszeichneten, dass sie den Arzt nicht nur mit aufrichtigem Vertrauen behandelten sondern ihn auch freigibig honorirten

Zweitens glaube ich, dass auch die zunehmende Concurenz der Aerzte unter einander an der schlechteren Honorirung derselben schuld ist. Mit der wachsenden Anzahl der Aerzte in Stadt und Land muss das Angebot steigen und naturgemäss der Preis der Arbeit sinken.

Ich komme zu einem dritten Punkt, über den ich vor Ihnen mit voller Offenheit reden muss. Ich stehe nach meinem Beruf etwas mehr ausserhalb des Gedränges und der Mühe der eigentlichen Praxis und glaube daher nicht so leicht in den Verdacht zu kommen, dass ich pro domo und nicht völlig sine ira et studio rede. Der Kampf um's Dasein macht den Menschen freilich herber und rücksichtsloser gegen seines Gleichen, aber die durch Edelsinn und Nächstenliebe gesteckten Grenzen dürfen deshalb doch nicht überschritten worden. Mir sind aber aus den letzten Jahren Fälle berichtet werden, wo in Livland der Wettbewerb zwischen den Aerzten zu Vorfällen geführt hat, die nicht mehr in den Rahmen einer lautern und collegialen Concurrenz hinein passen. Sollte die materielle Lage der Aerzte wirklich schon so weit gesunken sein, dass solche Dinge nicht mehr vermieden werden können? Ich mag das nicht glauben. Gegebenen Falles müssten in solchen Angelegenheiten collegiale Schiedsgerichte die unliebsamen Differenzen rasch aus der Welt schaffen und für die Aufrechterhaltung des guten Tones sorgen.

Ich komme nun auf die Verschlechterung der materiellen Stellung des Arztes zurück, die ich wohl als constatirt betrachten muss. Die Gefahr dieser Sachlage besteht darin, dass mit der Abnahme des Einkommens der Aerzte auch der Aerztebestand selbst auf der socialen Stufenleiter der verschiedenen Berufsarten sinkt und die Aerzte schon aus materiellen Gründen die Möglichkeit verlieren ihr Haus, ihre Lebenshaltung und die Erziehung ihrer Kinder standesgemäss (im bisherigen, guten Sinn des Wortes) durchzuführen.

Wenn ein junger Mann, wie das jetzt bei uns erfreulicher Weise recht oft vorkommt, sich aus niederem Stande heraufarbeitet und es durch heisse Mühe und emsiges Studium so weit bringt, dass er practischer Arzt wird, so begrüsse ich einen solchen jungen Collegen mit Freude und offener Anerkennung. Wenn aber der eine oder der andere College nachträglich in seiner Lebensführung, und in den Culturansprüchen, die er an's Leben stellt, von der Höhe dessen, was er erreicht hat und was bisher im ärztlichen Stande üblich war, herabsinkt — wenn er, wie ich solches oft mit einem harten Ausdruck bezeichnen hörte, nachträglich verbauert, so ist das im höchsten Grade bedauerlich. Jeder Arzt hat nicht blos für die Ehre seines Standes sondern auch nach Kräften dafür zu sorgen, dass das einmal erreichte Culturniveau des ärztlichen Standes im idealen wie im materiellen Sinne nicht sinke. Sonst gerathen wir in die Gefahr, dass ein ärztliches Proletariat entsteht, welches für unsern Stand keine Zierde sondern eine schwere Last sein würde.

Eine zweite Gefahr, welche aus der Verschlechterung des Einkommens entspringt, besteht darin, dass die Aerzte nur zu leicht in die Versuchung gerathen, entsprechend dem ungenügenden Honorar billige und daher oberflächliche Arbeit zu liefern. Wer die neuerdings immer mehr Zuspruch und Verbreitung findenden ärztlichen Ambulanzen für Unbemittelte kennt, der weiss, wie oft der Kranke mit einem Recept abgespeist wird, wo ihm nur mit einer eingehenden Untersuchung seiner Krankheit und seiner individuellen Lebenslage sowie mit einer darauf begründeten eingehenden hygieinisch-diätetischen Regelung seiner Lebensweise gedient wäre. Die hierzu nothwendigen ärztlichen Vorschriften beanspruchen aber eine mühevolle Arbeit, die der Arzt aber für die wenigen Kopeken der Ambulanztaxe natürlich nicht leisten kann. Wenn das Gesetz dem Arzt «pro Recept» ein unglaublich geringes Honorar zubilligt, so dürfen wir uns nicht allzusehr wundern, wenn nun auch der Arzt seinerseits dafür nichts weiter thut, als eben ein Recept zu verschreiben. Es liegt also im Wesen der Sache und kann dem einzelnen Arzte nicht ohne Weiteres zum Vorwurf gemacht werden, wenn mit dem ungenügenden Honorar auch die Qualität der ärztlichen Leistung sinkt.

Was ist nun gegen die Abnahme des Wohlstandes im ärztlichen Beruf zu thun?

Um im Publicum die Hochachtung vor dem ärztlichen Stande und die Werthschätzung der ärztlichen Thätigkeit nicht sinken zu lassen, ist selbstverständlich die bisher bei uns übliche selbstlose, gewissenhafte und sachkundige Uebung des Berufes seitens der Aerzte selbst das beste Mittel. In diesem Punkt wollen wir bei der alten guten Art unserer Väter bleiben.

Der opferfreudige Drang des Arztes, jedem Kranken, der ihn darum ansucht, nach besten Kräften Hülfe zu leisten, wird oft im Stande sein ihn zu trösten über so manche materielle Enttäuschungen, die ja nicht ausbleiben können. — Die Möglichkeit sich durch medicinische Zeitschriften auf der Höhe seiner Wissenschaft zu erhalten, wird ihn immer wieder aus dem Staube der täglichen Praxis oder aus der Einsamkeit seines ländlichen Wirkungskreises emporheben zu den lichten Höhen des Ideals und ihn für viele sonstige Entbehrungen entschädigen.

Wenn trotzdem mit Recht darüber geklagt wird, dass der Arzt bei uns wehrlos der Ausbeutung des Publicums preisgegeben ist, so liegt das zum Theil auch daran, dass die Aerzte in Livland es bisher dem nicht sachverständigen Urtheil der Laien überlassen haben die ärztliche Hilfeleistung zu honoriren. Wir Aerzte haben es sogar bisher als ein Postulat unserer Standesehre angesehen nicht dagegen zu reagiren, wenn von zahlungsfähigen Patienten unsere Hilfe grundloser Weise gratis benutzt wurde, während es doch mei-

nes Erachtens viel mehr unserer Würde entspräche, wenn wir mit Ruhe und Festigkeit einer solchen forcirten Creditnahme entgegen treten würden.

Hierin muss Wandel geschafft werden!

Wir Aerzte müssen selber wissen, was unsere Arbeit im Vergleich zu derjenigen anderer gelehrter Stände werth ist, und wir müssen uns dazu entschliessen, das uns zu entrichtende Honorar auch mit zu bestimmen. Die Höhe desselben wird natürlich in verschiedenen Fällen verschieden ausfallen müssen, und wenn bei der Festsetzung desselben einerseits die Grösse der vom Arzt geleisteten Arbeit massgebend ist, so verlangt es andrerseits die Humanität, dass wir auch der Zahlungsfähigkeit des Kranken in jedem Falle Rechnung tragen. Wir Aerzte müssen uns also dazu entschliessen, falls wir in der Sprechstunde oder bei einer ärztlichen Visite nach dem von uns zu verlangenden Honorar gefragt werden, dasselbe nach festen Normen ohne Habsucht und ohne Scheu zu fixiren und es nicht mehr der Freigebigkeit des Patienten allein zu überlassen soviel zu zahlen als er mag.

Wir müssen uns ferner dazu entschilessen, nöthigen Falles Rechnungen auszuschreiben, um säumige Zahler an ihre Pflicht zu mahnen. Eine Verletzung der schuldigen Höflichkeit und Rücksicht ist dabei leicht zu vermeiden.

Das Alles ist aber nur möglich, wenn wir uns unter einander auf einen festen Minimaltarif für ärztliche Hilfleistungen einigen, auf den wir uns dem Publicum gegenüber im Nothfall berufen können. Hierbei muss freilich jeder Einzelne von uns der moralischen Unterstützung und Billigung seitens der Allgemeinheit der Collegen sicher sein und gegebenen Falles darauf rechnen können, dass er von dieser Allgemeinheit gegen eine abfällige Beurtheilung im Publicum geschützt und vertheidigt wird.

Ich halte deshalb den livländischen Aerztetag für das geeignete Organ, einen solchen Tarif auszuarbeiten und den livländischen Aerzten zur Berücksichtigung zu empfehlen.

Dem uncollegialen Wettbewerb der Aerzte unter einander und dem gegenseitigen Sich-Unterbieten, wo ein solches vorkommt, dürfte durch die allgemeine Anerkennung einer ärztlichen Taxe am ehesten entgegen gewirkt werden.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass ich nicht für eine in jedem Fall bindende Taxe plädire. Es muss dem Arzt überlassen bleiben, das Honorar in der Regel mit seinem Patienten frei zu vereinbaren oder auch unter Umständen, z. B. bei notorischer Armuth des Kranken, auf eine Geldentschädigung theilweise oder ganz zu verzichten. Ich empfehle die Taxe einstweilen nur zum facultativen Gebrauch, weil ich glaube, dass dem Arzt durch dieselbe eine nicht zu verachtende Unterstützung geboten wird in solchen Fällen, wo er sich gezwungen sieht seine berechtigten Forderungen einem widerstrebenden Schuldner gegenüber geltend zu machen.

Die Dorpater Gesellschaft der Aerzte hat das Verdienst meines Wissens zuerst in Livland eine derartige Taxe ausgearbeitet zu haben. Ich glaube, dass dieselbe vom livländischen Aerztetag sehr wohl als dankenswerthe Vorarbeit benutzt werden könnte.

Zur Frühdiagnose der Gravidität.

In Beantwortung der Zuschrift von Christiani.

Von

Drd. med. G. Reusner, Lemsal.

Es hat mich sehr peinlich berührt, dass mir die Meinung zugeschoben wird, Schröder, Runge und Schauta hätten nichts von einer Pulsation am graviden Uterus geahnt, und Winkel, Winter und Martin hätten schon mitgetheilt, was mein Aufsatz über dieses Capitel enthält. Ich muss zugeben, dass ich die Litteratur in dieser Richtung nicht genau durchgestöbert habe, muss aber andrerseits die Ansicht durchaus ablehnen, dass ich Hyperaemie des Uterus und seiner Adnexe als definitiven Beweis einer eingetretenen Gravidität halte und dass ich glauben könnte, dass nur ich Pulsationen am graviden Uterus wahrgenommen hätte.

Ich habe den directen Eindruck, dass Coll. Christiani nicht ersehen hat, worauf es in meiner Abhandlung ankommt. Es handelt sich darum, der Pulsation bestimmter Arterien — die allerdings nicht ganz constant sind — einen Platz beim Criterium anzuweisen und zwar sowohl in Combination der von Ch. Noble angeführten Hauptsymptome als auch in Fällen, wo diese aus anatomischen Gründen nicht verwerthet werden können.

Bei der feststehenden Thatsache, dass im Gegensatz zum nicht graviden Uterus der gravide eine erhöhte Blutcirculation mit anders gearteter Pulswelle in erweiterten Arterien aufweist, dürfte es dem denkenden Arzt schwer fallen, dieselbe für absolut bedeutungslos für das Criterium anzusehen. Der eine wird daraus mehr machen als der andre — ganz nach Tastsinn und Erfahrung. So dürfen z. B. in Fällen, wo die Pulsationsverhältnisse des nichtgraviden Uterus bekannt sind, die von mir beschriebenen Pulsveränderungen discussionslos verwerthet werden. Ebenso wird man gut thun eine Massagecur zu unterbrechen, wenn die Frau in dieser Zeitperiode cohabitirt und die von mir beschriebene Pulsveränderung als Frühsymptom constatirt wird. Man wird dadurch eventuellen künstlichen Abort vermeiden können.

Es kommt nicht sowohl auf die Stärke des Arterienrohrs und die Deutlichkeit des Pulses als im Besonderen auch auf den Character des Pulses celer an. Um ein thatsächliches Urtheil über die Richtigkeit meiner Beobachtung zu haben, muss man unbedingt mehrfach nachcontrollirt haben.

Da in der Widerlegung nichts anderes angeführt ist, als das, was ich zur Vermeidung von Irrthümern mitgetheilt habe (stärker vergrösserter Uterus = chron. hyperplast. Endometr.) so muss ich glauben, dass Coll. Christiani, Winkel, Winter und Martin schützen möchte. Die Widerlegung zeigt nicht, dass ich den betreffenden Autoren thatsächlich zu nahe trete — insbesondere als dieselben nach der Ansicht Christianis der Pulsation keinen Werth beilegen. Dass die Autoren mit Christianis Vertretung sehr einverstanden sein werden, glaube ich nicht, da sie über den Character des Pulses nichts mehr mitgetheilt haben, als dass er kräftig sei.

Ich könnte mir mithin thatsächlich das Verdienst zuschreiben, als erster die Pulsveränderungen am Uterus in einer Weise beschrieben zu haben, dass sie mehr oder weniger für die Diagnose verwerthbar erscheinen, obwohl ich meine Arbeit blos schrieb, weil Chr. Noble die Pulsation nicht anführte. Thatsächlich benutzt auch Prof. Martin in Berlin die Pulsationsstärke zum Criterium, wie mir Coll. Th. Pacht auf dem livländischen Aerztetage im August 1898 mittheilte. Prof. Martin hat es ihm selbst gesagt.

Anmerkung der Redaction: Wir sehen die Polemik hiermit als geschlossen an.

Bücheranzeigen und Besprechungen

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Herausgegeben von E. v. Leyden. I. Band II Abth. Mk. 5. Leipzig. Verlag von G. Thieme 1898.

Dem ersten Bande schnell gefolgt ist der vorliegende. Er enthält drei grosse Kapitel: die Technik und den Comfort der Ernährung von Martin Mendelsohn, die künstliche Ernährung von W. v. Leube und die diätetischen Kuren von F. A. Hoffmann. — Das erste Kapitel behandelt in ausführlicher Weise den physikalischen Zustand der Nahrung, den technischen Apparat und die Technik der Nahrungsdarreichung. Wie erwartet werden konnte, hat Verf. seine Aufgabe trefflich gelöst. Er erwähnt auch eine Reihe kleiner Einzelheiten und Finessen, die bekanntlich stets im Auge behalten werden müssen, wenn es darauf ankommt einem schlechten Esser oder schwachen Kranken die Dinge mundgerechter zu machen.

Das Kapitel von v. Leube muss ebenfalls den grössten Ansprüchen genügen. Es behandelt die Ernährung durch die Schlundsonde, diejenige per rectum in den verschiedensten Modificationen und endlich die künstliche Ernährung von der Haut aus. Dieses interessante Kapitel wird mit Recht einiges Aufsehen erregen. Es enthält das Facit einer zweijährigen Beobachtungszeit des Verfassers über den Nutzen der subcutanen Ernährung: Oelinjectionen von 30—40 Gramm pro die bei Zuständen, wo der Fettvorrath des Körpers schwindet, und wenn dabei die Möglichkeit besteht hinreichende Zufuhr von assimilirbaren N- haltigen Nährstoffen, etwas per rectum, zu bewerkstelligen.

Der Raum erlaubt uns leider nicht auf das schöne Kapitel von Hoffmann einzugehen, welches seine zahlreichen Verehrer mit der grössten Genugthuung lesen werden. Meisterhaft in Logik und Fassung giebt es in präcisester Weise Auskunft über die diätetischen Kuren und gehört zu den besten litterarischen Erzeugnissen des Verfassers.

Der zweite Band des Handbuches soll demnächst erscheinen.

Kallmeyer.

Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie Bd. VIII I Theil I Heft: Prof. P. Ehrlich und Dr. A. Lazarus, Die Anaemie. Wien 1898. Alfred Hölder.

Das Erscheinen dieses Bandes des Nothnagel'schen Sammelwerkes von der Feder eines so genialen, bahnbrechenden Forschers, wie es Ehrlich ist, wird wohl von der medicinischen Welt mit grosser Freude begrüsst werden, ist doch die Erkenntniss der Blutkrankheiten in erster Linie durch die zahlreichen Arbeiten Ehrlich's und seiner Schüler auf dem Gebiete der Bluthistologie und der mikrochemischen Farbenanalyse des Blutes gefördert worden. Die vorläufig vorliegende, erste Abtheilung, gleichsam die Einleitung des Werkes, be-



handelt die normale und pathologische Histologie des Blutes. Der Inhalt ist auf die kleine Zahl von 134 Seiten vertheilt, allein so knapp die Form und so kurzgefasst die Darstellung, so reichhaltig und erschöpfend ist der Inhalt. Derselbe bietet eine Darstellung der gesammten Bluthistologie, welche sowohl die älteren, von Ehrlich grösstentheils allein begründeten, als auch die neueren zum grossen Theil ebenfalls ihm und seiner Schule zukommenden Forschungsergebnisse wiedergiebt und kritisch beleuchtet. Das erste Capitel behandelt nach einer kurzen Begriffsbestimmung — anämische Zustände sind solche, in welchen eine Verminderung des Blutfarbstoffes nachzuweisen ist — die klinischen Methoden der Blutuntersuchung. Originell ist hier das von Ehrlich vorgeschlagene neue Verfahren zur Bestimmung der Gesammtblutmenge, indem er den Grad der Verdünnung ermitteln will, den die specifischen Antikörper der Bacteriengifte in der Blutbahn erleiden. — Die einfache Zählung der Blutkörperchen bei Anämien erklären die Verf. für unzureichend, weil die Grösse der einzelnen Blutkörperchen so sehr ungleich sei. Der Alkalescenzbestimmung messen sie keine klinische Bedeutung zu, dagegen wird die Feststellung, in welcher Schnelligkeit die Blutgerinnung erfolge und in welcher Vollständigkeit sich das Serum vom Blutkuchen trenne, eine grössere Bedeutung erzielen. Auf diesen gleichsam einleitenden Abschnitt folgt der eigentlich histologische Theil — die Morphologie des Blutes, und zwar zunächst die Untersuchungsmethodik, die auf das Sorgfältigste und Erschöpfendste dargestellt wird. Die Bedeutung, welche ein sorgfältig gefertigtes Blutpräparat für die diagnostischen Schlüsse hat wird mehrmals hervorgehoben und auch die Bedeutung der exacten Fixirung des Präparates betont. Von hohem Interesse ist die Darstellung der Theorie der Färbung; eine Reihe wichtiger Thatsachen wird angeführt zur Beweisführung einer viel umstrittenen Behauptung, dass die Färbungen der Gewebe auf chemischen Affinitäten beruhen und nicht einfachen Tünchungen gleichzustellen sind. Zur Herstellung brauchbarer Farbgemische werden genaue Recepte angegeben. Den Beschluss des technischen Theils bilden die neuen Methoden für den Glycogennachweis (Anwendung concentrirter Lävuloselösung) und für die mikroskopische Prüfung der Alkalivertheilung im Blute (Jodeosin). Nun folgt die eigentliche Histologie. Zuerst kommen die rothen Blutkörperchen an die Reihe, es wird ihr normales und pathologisches Verhalten geschildert. Die Poikilocythose ist nach Ehrlich als ein Behelf der Natur gegen die Abnahme der Zahl der Blutkörperchen aufzufassen, da so die respirirende Oberfläche der Gesammtblutkörperchenoberfläche relativ grösser wird. Aus diesem Grunde ist auch das Vorkommen von Megaloblasten im Blute als eine unzweckmässige Regeneration aufzufassen, da dadurch die respiratorische Oberfläche verkleinert wird. Den umfangreichsten Theil des Werkes nimmt die Morphologie der weissen Blutkörperchen ein. Unter Heranziehung der Arbeiten seines Schülers Kurloff beweist Ehrlich die getrennte Entstehung der verschiedenen Arten der Leucocyten und bekämpft die Anschauung, als ob dieselben aus einander hervorgehen könnten. Ehrlich unterscheidet 1) Lymphocyten, 2) grosse mononucleäre Leucocyten, 3) Uebergangsformen, 4) polynucleäre Leucocyten, 5) eosinophile Zellen, 6) Mastzellen (basophile Granulationen). In Krankheitszuständen treten noch hinzu, 7) Ehrlich's Myelocyten d. s. mononucleäre Zellen mit neutrophiler Granulation, 8) mononucleäre Körperchen (eosinophile), 9) kleine neutrophile Pseudolymphocyten und 10) Reizungsformen. Sehr eingehende Behandlung erfährt die Leucocytose; dieser Abschnitt ist besonders reich an neuen Thatsachen und geistreichen Ideen. Ehrlich unterscheidet eine active und passive Leucocytose. Die letztere umfasst die verschiedenen Formen von Lymphocytosen; den Lymphocyten kommt active Bewegung nicht zu; wo dieselben im Blute vermehrt sind, sind sie durch vermehrte Lymphcirculation aus den meist hyperplastischen Drüsen ausgeschwemmt. Die active Leucocytose entsteht aus Vermehrung von Zellarten, welche durch Eigenbewegung, chemotaktischen Reizen folgend, in die Blutbahn eingewandert sind. Den Beschluss macht die Besprechung der Leukämie, von der Ehrlich 2 Formen annimmt: die lymphatische und myelogene. Die Milz spielt nach ihm eine viel zu passive Rolle, als um eine specielle Form charakterisiren zu können. Die Entstehung der Leukämie ist auf eine specifische Giftwirkung zurückzuführen. Aus der ganz kurz gefassten Zusammenstellung des Inhalts werden unsere Leser sich überzeugen, wie reich an Thatsächlichem das kurz gefasste Werk ist, und können wir dasselbe zu eingehendem Studium warm empfehlen. Bedauerlich ist es, dass diesem prächtigen Werke nicht farbige Abbildungen beigefügt worden sind.

Abelmann.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 22. October 1897.

1. Vor der Tagesordnung demonstriren:

a) Dr. Woloshinsky einen Fall von Pseudoleukämie (soll im Druck veröffentlicht werden).

b) Dr. Ed. Th. Schwartz einen Fall von Polioencephalitis infer. subacuta. Pat. 30 a n., verheirathet, erkrankte im October 1893 mit Fieber, Kopfschmerz, starkem Husten, wobei sie bettlägerig war. Nach ca. 1 Woche Heiserkeit, Erschwerung der Sprache, mehrfaches Erbrechen. Nach einem Krankenlager von mehreren Wochen allmähliche Rückkehr der Kräfte, jedoch bis jetzt noch immer Behinderung der Sprache, des Schluckens, ausserdem jetzt recht häufig Kopfschmerz. Schwindel, Uebelkeit, jedoch jetzt kein Erbrechen mehr. Linksseitige totale Kehlkopflähmung (Dr. Bergengrün). Weiter ergiebt die Untersuchung: Leidlichen Kräftezustand; linksseitige Zungenatrophie, mit fibrillären Zuckungen, Abweichen der Zungenspitze nach links beim Herausstrecken: linksseitige Gaumenlähmung; linksseitige Sensibilitätsverminderung an Larynx, Pharynx, und Mundschleimhaut; Herabsetzung der Geruchsempfindung links, ebenso des Geschmacks; tactile Hypaesthaesie der ganzen linken Körperhälfte. Temperatursinn erhalten, keine Lähmung der Extremitäten. Sprache etwas undeutlich, behindert. Keine Drüsenschwellungen, am Körper einige weissliche Narben. Nach Ausschliessung langsam wachsender Hirntumoren. bezw. einer Entstehung des Leidens auf der Basis von Gefässerkrankungen (Apoplexie, Thrombose) oder Lues gelangt Ref. zur Diagnose «Polioencephalitis inferior», wofür die Entstehung auf der Basis einer infectiösen Erkrankung (vermuthlich Influenza) direct spreche und fasst den gegenwärtigen Zustand als eine Heilung mit Defectbildung auf, wobei er die linksseitigen Erscheinungen auf dem Gebiete der Sensibilität als accidentell und auf einer im Wesen der Pat. erkennbaren Hysterie beruhend auffasst.

c) Dr. Sengbusch (a. G.) Sciagramme eines Falles von Fractur des Cond. ext. femoris.

2. Dr. Ed. Schwarz hält den angekündigten Vortrag Zur Casuistik der Gelenkneurosen. (Erscheint im Druck).

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

d. Z. Secretär: Dr. Hans Schwartz.

Sitzung am 5. November 1897.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. P. Klemm:

1) Einen Fall angeborener Hüftgelenksluxation, bei dem vollkommener Mangel der Gelenktheile am oberen Femur ende vorlag. Statt eines Femurkopfes fand sich nur eine kleine knopfförmige Anschwellung an der medialen Seite des oberen Femurendes, welche Vortr. in die durch den scharfen Löffel entsprechend vertiefte dem Acetabulum entsprechende Aushöhlung mit gutem functionellen Resultat einheilen liess.

2) Einen Fall der gleichen Affection, wo er die Reposition und Fixirung des Gelenkes mit ebenfalls gutem functionellen Resultat auf unblutigem Wege erreichte.

3) Einen ausgeheilten Fall von Coxitis, in welchem ein aus Celluloid hergestellter Stützapparat zur Anwendung gelangt war.

In der die Tagesordnung eröffnenden Discussion über den Vortrag von Dr. Ed. Schwarz «Zur Casuistik der Gelenkneurose» ergreift zunächst das Wort Dr. v. Holst: Nicht, um dem Vortr., dessen Ausführungen er mit grossem Interesse gefolgt sei, zu opponiren, sondern um, an dieselben anknüpfend, noch einige ergänzende Bemerkungen zu dem Leiden zu machen, dessen weitem Gebiet auch der Fall des Vortr. angehöre, nämlich zur Hysterie. Er stimmt mit dem Vortr. in der weiteren Fassung dieses Begriffes überein; das eigentliche Kennzeichen und Characteristicum derselben liege in der Aetiologie derselben, in der psychogenen Entstehung, dem Begründetsein in einer Vorstellung. Dieselbe könne ebensoviel den Organismus als Ganzes betreffen, als auch auf ein bestimmtes Gebiet localisirt sein und insofern subsummire auch die Gelenkneurose unter diesen Begriff. Aus dieser Auffassung der Hysterie hervor sei auch schon der Vorschlag gemacht und von hervorragender Seite (Rieger, Möbius) befürwortet worden, den Begriff Hysterie lieber ganz fallen zu lassen und statt dessen Bezeichnungen wie etwa «psychogene Neurose» einzuführen, was aber auf praktische Schwierigkeiten stossen dürfte. Durch Ausdehnung auf alle Neurosen psychogener Entstehung wird allerdings das Gebiet der Hysterie so sehr erweitert, dass scheinbar grundverschiedene Dinge unter diesen weitgefassten Begriff fielen. Daher schiene es geboten, innerhalb dieses weitern Gebietes verscheidene, enger umschriebene Gruppen zu unterscheiden, die, obwohl streng auseinanderzuhalten, doch in der psychogenen Entstehung ihre gemeinschaftliche Basis hätten und durch sie ihren Charakter als hysterische Affectionen kundgäben. Als eine solche besondere Gruppe des grossen Begriffes der «Hysterie» sei auch die Gelenkneurose aufzufassen, welche Strümpell als «locale traumatische Neurose» definire. Zur Illustration

der psychogenen Entstehung derselben führt er einen Fall seiner Beobachtung an, wo bei Ausgleiten beim Sprung vom Tramwaywagen und leichtem Anstreifen des Wagens augenblickliche Unbrauchbarkeit des betr. Oberschenkels eingetreten war und wo die Abwesenheit einer jeden localen organischen Läsion und die Erfolglosigkeit einer lange Zeit sorgfältig durchgeführten chirurgischen Behandlung die rein psychische Einwirkung des Trauma erwiesen und schliesslich zur richtigen Diagnose führten. Die traumatische Neurose betreffend spricht Dr. v H. sich ebenfalls für die hysterische Natur derselben aus, will ihr aber ebenso innerhalb des weiten Gebiets der H., im Allgemeinen eine Sonderstellung eingeräumt wissen.

Von grosser Wichtigkeit für die Erscheinungsform derselben, wie aller hyster. Erkrankungen sei der Bildungsgrad des Kranken, auf dessen Einfluss er auch in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit mehr eingegangen sei.

Den sogen. hysterischen Character halte er nicht für ein nothwendiges Kennzeichen der H ; derselbe sei seiner Ansicht nach Ausdruck einer Complication der H. mit psychischer Minderwerthigkeit. Letztere gehöre nicht unbedingt zum Bilde der H., wo sie fehle bestehe also H. ohne hyster. Character.

Zusammenfassend hebt Dr. v. H. nochmals als für die H. characteristisch das Begründetsein in einer Vorstellung hervor und protestirt gegen anderweitige Definition derselben, wie z. B. die von Sokolowsky (livl. Aerztetag) gegebene.

Die Therapie betreffend schliesst sich Redner dem Vortr. in sofern an, als auch er im Allgemeinen genommen jede Localtherapie verwirft. Jedoch sei auch hier ein Unterschied zwischen gebildeten und ungebildeten Kranken zu machen. Bei ersteren würde eine Lokaltherapie die Vorstellungserkrankung nur fester an das erkrankte Glied heften. Bei letzteren könne sie wohl geboten erscheinen, da sonst die sich einstellende Vorstellung des Vernachlässigtwerdens die Autosuggestion der Erkrankung nur befestige. Zum Schluss weisst Redner noch auf das auch von ihm oft beobachtete Krachen neurotisch erkrankter Gelenke hin. Dasselbe sei besonders häufig in den Halswirbeln zu beobachten. was den Gedanken nahe lege, dass möglicherweise ein Theil der Fälle von Spinalirritation auf Neurose der Wirbelgelenke beruhe.

Dr. v. Bergmann: Neben chirurgischen Gelenkerkrankungen kämen bei Hysterischen gelegentlich auch Gelenkergüsse wirklich hysterischer Natur vor. Dabei seien die diagnostischen Schwierigkeiten sehr grosse, oft aber gelinge es doch eine materiellelis Erkrankung der Synovialis auszuschliessen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Habitus des Kranken. Er selbst hätte in einem solchen Falle beinahe operativ eingegriffen, bei Aufschieben des Eingriffs aber doch schliesslich eine andere, durch den Ausgang als richtig bestätigte Ansicht über die Natur des Falles gewonnen. Es sei also, auch wenn wirkliche, greifbare Veränderungen vorlägen, eine Erkrangung hysterischer Natur nicht unbedingt ausgeschlossen. In anderen Fällen gelange man zur Diagnose gestützt auf die Abwesenheit objectiver Befunde und per exclusionem.

Dr. P. Klemm: Wenn man heutzutage über die Gelenkneurose spräche, müsse man bedenken, dass dieselbe, aufgestellt von Brodie, Stromeyer u. a., aus einer Zeit stamme, wo die pathologisch-anatomische Kenntniss der Gelenkveränderungen gegenüber unserer gegenwärtigen Einsicht noch relativ wenig entwickelt war. Daher sei dieses Gebiet ursprünglich zu weit gesetzt und heutzutage die Diagnose der Gelenkneurose nur mit Vorsicht zu stellen. Um zu derselben zu gelangen, müssten eine ganze Reihe von Zuständen ausgeschieden werden, die früher zum Theil noch diesem Gebiete zugezähltwurden. Entsprechend dem Unterschiede zwischen Erkrankung auf nervöser Basis und Neurose im engern Sinn seien zunächst die nervösen Arthropathieen der Tabiker, Syringomyelitiker etc. auszuscheiden. Ferner nehmen eine Sonderstellung ein die wirklichen Gelenkneuralgien, ebenso seien auf Tuberkulose bezw. Syphilis beruhende Erkrankungen auszuscheiden, deren richtige Deutung, namentlich die der letzteren, oft äusserst schwierig sei. Endlich seien noch zu erwähnen die schmerzhaften Gelenke ohne functionelle Störung, die unter dem Begriff des Derangement interne zusammengefasst wurden. Bei diesen Zuständen liege oft die Entscheidung in einer genauen Anamnese, die z. B. durch eine traumatische Zerrung der Gelenkbänder und dergl. oft eine genügende Erklärung für die Schmerzhaftigkeit liefere.

Dr. Ed. Schwarz betont, dass das von Dr. Klemm angeführte im Wesentlichen in seinen Ausführungen enthalten gewesen sei. Er habe seinen Fall hauptsächlich besprochen als Ausgangspunkt für eine Erörterung der Hysterie und des Bestehens derselben ohne den sogen. hysterischen Character, dessen Fehlen oft Anlass zu Fehldiagnosen gebe. Die Diagnose der Gelenkneurose sei natürlich am schwierigsten, wo Reste einer früheren chirurgischen Gelenkerkrankung nachzuweisen wären, ihr Vorkommen besonders häufig, wo der Anblick etwaiger organischer Gelenkleiden bei anderen Familiengliedern und drgl. psychisch eingewirkt hätten. Die Vorstellung des Krankseins werde häufig nicht sowohl vom Kranken selbst betont, als von seiner Umgebung.

Dr. v. Bergmann: Er erinnere sich eines Falles aus der Dorpater chir. Klinik, in welchem ein Jahr nachdem bei Abwesenheit aller palpablen Symptome die Diagnose einer Gelenkneurose gestellt worden war, Patient mit einer tuberculosen Coxitis sich wieder vorstellte. Solche Fälle lassen eine nähere Beleuchtung der Frage: wann darf Hysterie resp. Neurose diagnosticirt werden, wann muss man an Tuberculose etc. denken? sehr wünschenswerth erscheinen und mahnen zur sorgfältigsten Berücksichtigung aller Momente, die sich etwa aus Anamnese, äusseren Umständen, Habitus des Kranken etc. ergeben.

Dr. Ed. Schwarz: Die frühzeitige Erkennung der hysterischen Natur der Erkrankung sei zwar schwierig, aber von grösster Wichtigkeit, wie auch Strümpell u. a. die Wichtigkeit einer eingehenden Berücksichtigung der psychischen Seite der Erkrankung bei der traumatischen Neurose betonen. In beiden Fällen sei das Wesen der Erkrankung in dem Vorhandensein von hemmenden Vorstellungen zu suchen die energisch bekämpft werden müssten, und deren Beseitigung, um so leichter sei, je früher sie begonnen würde.

3. Dr. Thilo erläutert einige Vorrichtungen, welche er zu activen und passiven Bewegungen bei neuralgischen Gelenkerkrankungen verwendet. Th. kann sich nicht der Ansicht anschliessen, dass bei Hysterischen neuralgische Gelenkleiden aus einer «Vorstellung» ohne somatische Ursachen entstehen könnten und hält es nicht für erwiesen, dass Schmerzen, Schwellungen und Bewegungsstörungen in Gelenken von Hysterischen ohne äussere Veranlassungen, ausschliesslich so zu sagen vom bösen Geist der Hysterischen heraufbeschworen werden können. Infolgedessen behandelt Th. die Bewegungsstörungen der Hysterischen ebenso wie bei andern Kranken mit Ruhe. Verbänden, Bewegungen.

Dr. P. Klemm vermisst eine genaue Abgrenzung der vom Vortr. angeführten Fälle, deren Natur als Neurose ihm zum Theil zweifelhaft erscheint. Für viele Fälle sei die Methode der Behandlung der Gelenke mit Bewegungen sehr geeignet, bei Neurosen müsse doch immer das Hauptziel der Behandlung bleiben, den Kranken von seiner Vorstellung des Krankseins abzubringen.

Dr. Ed. Schwarz hebt hervor, dass das von Vortr. angezogene Esmarch'sche Schema der Nervenversorgung des Hüftgelenks nicht ganz vollständig sei; das Hüftgelenk erhält auch Zweige vom N. ischiadicus, die in demselben fehlen. Dieses Schema sei von Berger und M. Meyer benutzt worden, um die neurotische Natur einiger derartigen Erkrankungen zu erweisen, was aber irrthümlich sei, da man dann, entgegen den sonstigen Erfahrungen, das gleichzeitige Bestehen einer Neuralgie in mehreren Nervenstämmen annehmen müsste. Oft erklären sich solche Schmerzen als Symptome einer höher sitzenden Läsion.

Dr. Hach stellt die Frage, ob bei Neurose cutane Schwellungen der Gelenkgegend vorkämen?

Dr. Ed. Schwarz: Es seien verschiedene Formen derselben bekannt. Brodie hatte urticariaartige Quaddeln von kurzer Dauer beobachtet, ferner können gelegentlich passagere Schwellungen und Röthungen der Gelenkgegend, besonders Abends, vorkommen. Hier sei auch der Schwellungen artificieller Natur zu gedenken wie sie durch von den Pat. auf eigene Hand applicirte Hautreize, Eisbeutel u. s. w, entständen Schwellungen können endlich als Reste früherer materieller Erkrankungen persistiren. Zu den von Dr. Klemm vorher angeführten luetischen Gelenkerkrankungen bemerkt er noch. dass hier die Entscheidung, ob materielle Erkrankung, ob Neurose, meist am schwierigsten sei. Gelegentlich könne eine gewisse Incongruenz der Symptome zur richtigen Entscheidung führen.

4. Der angekündigte Vortr. des Dr. Gilbert wird der vorgerückten Zeit wegen auf die nächste Sitzung verschoben.

Dr. Hans Schwartz.
d. Z. Sekr.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Aug. d. J. 7302 (133 mehr als in d. Vorw.), darunter 607 Typhus — (14 wen.), 780 Syphilis — (47 mehr), 115 Scharlach — (3 mehr), 101 Diphtherie — (2 mehr), 30 Masern — (1 wen.), und 7 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Am 29. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7378 (76 wen. als in der Vorwoche.), darunter 265 Typhus — (132 wen.), 793 Syphilis — (13 mehr), 118 Scharlach — (3 mehr), 102 Diphtherie — (1 mehr), 24 Masern — (6 wen.) und 5 Pockenkranke (2 wen.) als in der Vorw.



Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis zum 29. August 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
312	313	625	141	57	134	18	15	13	37	50	57	48	26	22	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 15, Diphtherie 32, Croup 0, Keuchhusten 15, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 0, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 124, Todtgeborene 15.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28 кв. 14.

Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Schwester **Const. Schmidt,** Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Соляноа пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Irene Marie Chomse, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr., Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Marie Mohl, B O. 1. л. 44, кв. 3.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester **Elise Tennison,** Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 5 Сентября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 12. (24. September) 1898

Ist der Koch'sche Tuberkelbacillus ein Nosoparasit und wie bekämpft man ihn am sichersten? [1]).

Von

Dr. med. S. Unterberger.

Oberarzt des Militär-Hospitals in Zarskoje-Sselo.

Motto: Natura sanat medicus curat.

Im Laufe des verflossenen Jahres ist die Tuberculose Gegenstand interessanter Vorträge und lebhafter Debatten gewesen, nicht nur auf den medicinischen Congressen in Moskau, Braunschweig, Wien, Madrid, Montpellier und Paris, sondern auch in allen grösseren medicinischen Gesellschaften. An der Hand dieser Mittheilungen erlaube ich mir heute Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, um die Frage zu erörtern, wie weit jetzt unsere Kenntnisse gediehen sind über die Biologie des Koch'schen Bacillus und welche Wege wir einzuschlagen haben, um vor demselben sicher zu sein.

Es ist ein glücklicher und fruchtbringender Gedanke von Koch gewesen, den festen Nährboden—diese glänzendste Leistung der bacteriologischen Methodik — zum Zweck der Gewinnung von Reinculturen eingeführt zu haben. Die Forschungen auf diesem Gebiete der Bacteriologie haben sich in Folge dessen grossartig gestaltet für die allerverschiedensten Wissensgebiete, namentlich aber für die praktisch-medicinischen Fächer ist sie zu einer wichtigen Hilfsdisciplin geworden, die von Jahr zu Jahr an Bedeutung gewinnt. «Wer sie fortdauernd ignorirt», sagt mit Recht Flügge [2]) «für den werden die jüngeren Mediciner bald eine Sprache reden, die er nicht mehr versteht und vergeblich wird er später versuchen, die verlorene Fühlung mit der modernen Wissenschaft wieder zu gewinnen».

Nichtsdestoweniger muss man in unserer Zeit des einseitigen Specialisirens und trotz der manchmal erhaltenen glänzenden Resultate, den Kopf hochhalten und stets kritisch erwägen, was denn eigentlich für den kranken Menschen jedes Mal heilsam gewesen und was nur heilsam sein konnte. In dieser Beziehung bietet uns die Tuberculose, die seit Alters her Gegenstand ständiger Forschungen und leider häufig in Folge herrschender Theorien einseitiger Behandlungsweise zum Opfer gefallen, ein weites Feld der Betrachtungen. Die Tuberculose ist eine Volkskrankheit und sie hat als solche vollen Anspruch auf ein ernstes Interesse aller Aerzte, aber zugleich auch auf ein berechtigtes Interesse aller in dieser Beziehung interessirten Kreise. Es ist daher jetzt nicht unwichtig festzustellen, wie weit die alle Welt interessirenden Forschungen der Bacteriologie im Stande sind, auf die Behandlung der Tuberculose einen wesentlichen Einfluss auszuüben.

Durch die Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Koch schien die Aetiologie der Schwindsucht klar gelöst zu sein und der Begriff der Tuberculose an Stelle der alten Bezeichnungen käsige Pneumonie, chron. Bronchitiden etc. bürgerte sich sehr schnell ein. Allein bald zeigte es sich, dass die klinischen Erscheinungen nicht in Einklang zu bringen waren mit dem, was der Koch'sche Bacillus zu bewirken vermag. Die Phthisis ist nicht stets aus Tuberkelbacillen entstanden, die destructiven Processe werden auch durch andere Stoffwechselproducte vom Fäulnisserreger und pathologisch-chemischen Producte erzeugt, zu denen Tuberkelbacillen dann hinzutreten können. Die Phthise ist eine Mischinfection [3]) und die Behandlung der Phthise und die Behandlung der Tuberculose decken sich also in diesem Fall durchaus nicht vollständig. Wenn bei Sectionen sehr häufig—in circa 50%— Heilungsversuche von Tuberculose beobachtet sind, andererseits eitrige Einschmelzungen in den Lungen allen Heilungsversuchen trotzten, so ist es ja doch klar, dass therapeutisch die Tuberkelbacillen das Bild nicht allein beherrschen!

Unsere Kentnisse über den Koch'schen Bacillus haben sich seit seiner Entdeckung wesentlich vermehrt. Metschnikoff, Klein, Hueppe [4]), Fischel, Coppen, Jones, Friedreich und A. haben gefunden, dass der Tuberkelbacillus Wuchsformen bildet, die überraschend ähnlich sind den Strahlenpilzen, woraus sie den Schluss ziehen, dass diese Bacillen nur die parasitische Wuchsform eines Pilzes ist, dessen systematische Stellung allerdings noch nicht vollständig klar ist. Durch Erzielung ähnlicher Erscheinungen mit Mucorarten, sagt Hueppe, wird die Pilznatur des sogenannten T.-bacillus, wahrscheinlich ge-

[1]) Der Vortrag war bestimmt für den livländischen Aerztetag in Wolmar, aber da ich leider verhindert war persönlich zu erscheinen, so kam derselbe nicht zum Verlesen.

[2]) Flügge. Die Microorganismen. 1896.

[3]) Berl. kl. W. № 3, 11, 12, 13, 14, 16—1898 und Ortner 1893.

macht. Ferner haben Untersuchungen gezeigt, dass der Koch'sche Bacillus phylogenetisch, d. h. verwandschaftlich sich aus Saprophyten entwickelt haben müsse. Middendorp[5]) glaubt dass die Koch'schen Bacillen in den Cavernen Abkömmlinge sind der vielen Bacterien in der Mund- und Rachenhöhle[6]).

Experimentell scheint es allerdings ausnahmsweise gelungen zu sein mit abgeschwächten Culturen käsige Pneumonie und Phthisis zu erzeugen, doch sind bei diesen Versuchen nicht genügend berücksichtigt worden die in einem Versuchsthiere schon vorhandenen und circulierenden Microorganismen (Micrococcus pneumoniae, Ortner), die durch Einführung der Tuberkelbacillenculturen zur Anregung, Vermehrung und Entzündung veranlasst werden, um dann möglicherweise den Boden für die Entwickelung der Tuberkelbacillen vorzubereiten; die gewöhnlichen Bacillen brauchen nur wenige Tage zu ihrer Entwickelung, während die Tuberkelbacillen 3—4 Wochen dazu nöthig haben. Bei Inhalationsversuchen und bei Impfungen der Meerschweinchen mit Tuberkelbacillenculturen erhalten wir in der Regel nur Tuberkeleruptionen und dieselben verlaufen nicht so wie die Phthisis bei Menschen. Andererseits dürfen wir nicht vergessen, dass die Meerschweinchen überhaupt gegen alle Inhalationsstoffe, wie getrocknetes bacilläres Sputum, Käse, Hirn etc. sofort reagiren mit Knötchenbildungen in den Lungen und in anderen Organen. Wir können demnach den Organismus des Meerschweinchens vergleichen mit einem Reagenzglase von einfacher, bekannter Nährsubstanz, während der menschliche Organismus ein Reagenzglas darstellt von unbekannter und complicirter Nährsubstanz, weil er schon durch Ererbung verschiedener constitutioneller Krankheiten ein complicirter wird und es noch mehr wird durch seine culturelle Lebensweise. Die Versuche an Meerschweinchen und anderen Thieren müssen wir daher bei ihrer Anwendung auf den Menschen mit grosser Reserve aufnehmen. Müsste nicht sonst z. B. die Erkrankungen an Tuberculose unter dem Dienstpersonal ganz enorm gross sein, weil sie — ähnlich wie die Thiere bei den Inhalationsversuchen — fortwährend ausgesetzt sind der Infection beim Abstauben, Ausklopfen, Fegen und ähnlichen Beschäftigungen? Die Erfahrung lehrt aber, dass unter dem Dienstpersonal nur ein ganz geringer Prozentsatz der Tuberculose zu verzeichnen ist, am meisten sehen wir die Tuberculose bei Schneidern, Schustern, Schreibern etc. die in gebückter Haltung und in schlecht ventilirten Räumen ihren Aufenthalt haben.

Die Bildung der Tuberkelknötchen wird durch den Koch'schen Bacillus allein nicht erschöpfend erklärt. Das charakteristische eines Koch'schen Tuberkels — Bacillenbefund, Riesenzelle und Verkäsung — erweist sich jetzt als unhaltbar. Diese Tuberkel enthalten häufig keine Bacillen, Riesenzellen finden sich auch in anderen pathologischen Processen, ebenso kommt Verkäsung in Gummata, Krebs und anderen Geschwülsten vor. Was nun die Controlle der Tuberkelmasse durch Impfversuche betrifft, so giebt sie keineswegs einheitliche Resultate. Die von Koch entdeckte Wirkung des Tuberculins auf die tuberculösen menschlichen und thierischen Organismen ist gleichfalls nicht characteristisch, weil wir sie auch z. B. bei Leprösen[7]) auftreten sehen. Das Tuberculin entfaltet ausserdem keine specifische, sondern eine sehr vielen Bacterien — Proteinen und sonstigen Eiweissderivaten in gleicher Weise zukommende Wirkung.

Ausser Tuberkelbacillen kennen wir jetzt bereits eine Menge Bacterien Parasiteneier und todte Körper, welche alle Knötchenbildungen[8]) erzeugen und bezeichnen diese Knötchenbildungen als Pseudotuberculose zum Unterschiede von denen, wo der Kochsche Bacillus zu finden ist und welcher Process als bacilläre Tuberculose bezeichnet wird. Wie die Schwindsucht beim Menschen das Bild einer Mischinfection darstellt, so sind auch die Tuberkelknötchen bei einem Schwindsüchtigen nicht einer Ursache zuzuschreiben, sondern müssen verschiedenen Microorganismen und chemisch-pathologischen Producten ihre Entstehung verdanken. Das Nichtauffinden der Kochschen Bacillen in diesen Knötchen ist also von den Bacteriologen mit Unrecht häufig einer Unkenntniss der Forscher zugeschrieben worden.

Ob nun alle diese Knötchen im Bindegewebe oder im Lymphsystem sich entwickeln, ist noch nicht endgiltig festgestellt, doch scheinen die neueren Arbeiten von Borrel[9]) im Laboratorium von Metschnikoff in Paris recht deutlich dafür zu sprechen, dass die Tuberkelknötchen im Lymphsystem sich entwickeln. Borrel kommt bei seinen experimentellen Untersuchungen zum Schluss, dass «le tubercule dans son ensemble consiste dans une accumulation de cellules lymphatiques». Metschnikoff erklärt ja jedes Tuberkelknötchen für eine Reactionserscheinung des Lymphsystems.

Wie verwickelt[10]) noch die Unterschiede sind zwischen bacillärer Tuberculose und Pseudotuberculose und wie vorsichtig man demnach noch sein muss in Schlüssen, die man nach einigen gelungenen Experimenten in Laboratorien ziehen will, die aber mit der Praxis nicht überein stimmen, — mögen nachfolgende Beispiele zeigen. Wir werden aber auch an denselben sehen, wie das Gebiet der Pseudotuberculose sich gewaltig erweitert und zugleich immer mehr Klarheit bringt in die einseitige Auffassung von der Inhalationstheorie bei der Verbreitung der Tuberculose. Man wird sich jetzt stets die Frage aufwerfen müssen, liegt echte Tuberculose vor oder Pseudotuberculose?!

In Dänemark und Nord-Deutschland hat man in den letzten Jahren häufig bei Schweinen und selbst bei Pferden — die bekanntlich ausnahmsweise daran leiden — Tuberkelknötchen in den Lungen beobachtet, seit man den sonst nicht verwerthbaren Centrifugenschlamm der Milch von Kühen unsterilisirt an Säugethiere verfüttert. Neuerdings geben Ascher und Hirsemann an, dass es sich in einer derartigen Epidemie nicht um Tuberculose, sondern um chronische Schweineseuche gehandelt habe. Hüppe hält es für eine Art von Pseudotuberculose.

Einiges Licht auf die so wichtige Frage der Rindertuberculose scheint die jüngst erschienene Arbeit von Möller[11]) werfen zu wollen. Möller hat auf dem Thimoteusgras und auch auf anderen Futterkräutern einen

[4]) H. Ueber den gegenwärtigen Stand der Tuberculose-Frage Wiener med. W. № 49. 50—1897.

[5]) M. La cause de la tuberculose. Gröningen. 1897.

[6]) Gottstein schreibt in seiner «allgemeinen Epidemiologie» (Leipzig 1897): «Die neuesten Forschungen haben es als möglich hingestellt, dass der T.-bacillus in der gewöhnlichen Form nur eine Vegetationsform eines höheren, uns sonst unbekannten Pflanzenwesens darstellt; und eine Erweiterung dieser Beobachtung durch neue Thatsachen könnte den heutigen Stand unserer Anschauungen wesentlich ändern».

[7]) Dehio. Zur Serumtherapie der Lepra. St. Petersburger med. W. № 27—28. 1898.

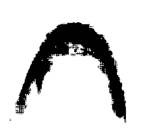
[8]) S. Flügge l. c.

[9]) Dürck. Tuberculose-Forschung. Wiesbaden. 1897.

[10]) Ob die auf dem letzten Juli-Congress in Paris mitgetheilte Agglutinationsmethode von Courmont bei serösen Ergüssen jedes Mal im Stande sein wird die Tuberculose zu diagnosticiren, bedarf noch weiterer Prüfungen (Sem. med. № 42—1898).

In No. 37 der Berl. kl. W. beschreibt neuerdings Pappenheim einen Fall von chron. Bronchopneumonie mit Bronchiectasien, wo bei der Section keine Spur von Tuberculose nachgewiesen werden konnte. Der Auswurf zeigte bei Lebzeiten rothgefärbte Tuberkelähnliche Bacillen, die sich aber später bei sorgfältiger und neuer Untersuchungsmethode als Smegmabacillen erwiesen. Das Vorkommen dieser Pseudotuberkel hat man bereits früher auch im Munde, auf den Tonsillen, der Zunge und im Zahnbelag constatirt. Dieser Fall zeigt wieder wie vorsichtig man sein muss bei der Diagnosestellung der Tuberculose allein aus der specifischen Färbung der Bacillen.

[11]) D. med. W. № 24—1898.



Bacillus entdeckt, welcher sich tinctorel und morphologisch wie der Koch'sche Bacillus verhält. Bei Thieren erzeugt derselbe eine miliare Tuberkeleruption. Möller spricht die Vermuthung aus, dass der von ihm gefundene Bacillus unter nicht näher bekannten Umständen in den Koch'schen Bacillus übergeht. Ferner wissen wir, dass Lydia Rabinowitsch an Fällen von Tuberculose die bei Meerschweinchen durch Butterinjectionen herbeigeführt war, einen Bacillus züchtete, der die typische Färbung des Koch'schen Bacillus annahm und deshalb viel leichter als andere Erreger von Pseudotuberculose zu Verwechselungen führen kann. Der Möller'sche Bacillus soll nicht identisch sein, mit diesem Bacillus. Nicht unerwähnt kann ich lassen die Resultate von Ferran und Capaldi, welche im Kuhkothe einen dem Bact. coli ähnlichen Bacillus fanden, dessen Färbung säurefest ist; ebenso den von Czaplewski[12]) entdeckte Bacillus bei einem Leprösen in der Nasenschleimhaut.

Perlsucht ist bis jetzt nicht gelungen experimentel zu erzeugen.

Behalten wir diese Daten im Gedächtniss und bringen noch in Erinnerung, dass sich die Darmdrüsentuberculose zur Bronchialdrüsentuberculose verhält wie 1 : 10, so müssen wir gestehen, dass die Milch der Kühe wohl schwerlich viele pathogene Koch'sche Bacillen enthält und kaum die alleinige Ursache der Darmtuberculose bei Kindern bilden könnte. Nach Petri und Rabinowitsch soll auch die Butter Tuberkelbacillen enthalten und zwar in 30—60%. Dass die Verbreitung der Tuberculose auch auf diesem Wege stattfindet, wird wohl kaum bewiesen werden, wir werden gewiss bald hören, dass dieser Bacillus nur Pseudotuberculose zu erzeugen im Stande ist.

Ob die Koch'schen Bacillen angeboren sein können, darüber scheint man wohl jetzt soweit einig zu sein, dass dieselben vom Vater nicht übertragbar sind und durch die Placenta kaum zu entstehen scheinen. Die Tuberculininjectionen bei latenter Tuberculose bei Kindern haben durch Epstein und beim Rindvieh durch Bang gezeigt, dass die intraplacentare Infection auf jeden Fall etwas recht seltenes ist gegenüber der extraplacentaren Infection.

Die Beziehungen der Tuberkelbacillen zur Aussenwelt, das ist ein Punct, der unser Interesse vorherrschend erregt. Fäulniss in der Erde und ausserhalb vernichtet die Virulenz und ihre Lebensfähigkeit. Das Austrocknen soll genügen Tuberkelbacillen zu tödten, bei Meerschweinchen haben nur wenige Versuche zeigen können, dass sie Impftuberkel erzeugen. Flügge behauptet, dass nur die feinsten Tuberkelbacillenhaltigen Tropfen inficirend wirken. Nach Kitasato sind die Tuberkelbacillen im Sputum oft abgeschwächt und abgestorben. Die Resultate dieses durch seine minutiösen Arbeiten bekannten japanesischen Forschers stimmen nun vollkommen überein mit der practischen Erfahrung. Die sorgfältigen und jetzt immer häufiger angeführten Arbeiten von Langerhans[13]), Riffel[14]), Haupt[15]) und Michaelis[16]) zeigen zur Evidenz, dass die Einwohner in den alten vielbesuchten Schwindsuchtsorten der Reviera, Schweiz, Madeira, Soden, Rehburg und anderen Orten, die die Kranken in ihren Wohnungen pflegen und wo das bacilläre Sputum in Haus und Flur seit vielen Jahrzehnten rücksichtslos umhergeworfen ist, ein hohes Alter erreichen und dass daselbst Tuberculöse nur Ausnahmsfälle sind und durch Heirath verbreitet wird. Dass aber die Ansteckung in solchen Orten ungeheuer gross sein muss, wird einem erst recht klar, wenn man bedenkt, dass nach Heller ein Kranker mit einem Hustenstoss 300 Millionen Keime entleert, in einem Tage aber bei nur einmaligem Auswurf in einer Stunde 7200 Millionen! Bedenken wir weiter, wie an den Schwindsuchtsorten namentlich der Reviera und am Genfersee so häufig durch plötzliches Auftreten heftiger Winde der bacillenenthaltende Staub der Promenaden über den ganzen Ort weit verbreitet wird, so müssen wir noch mehr staunen, wie nicht die Kranken and die Einwohner an diesen Orten an Tuberculose decimirt werden!

Ebenso ist eine Ansteckung in Kasernen, in Hospitälern und in Sanatorien nie positiv festgestellt und unter Eheleuten, wo ein Theil schwindsüchtig ist bleibt sie aus in 90% der Fälle[17]). Der Genfer Gelehrte Revilliod[18]) fragte auf dem Tuberculose-Congress in Montpellier, ob jemand von den Anwesenden einen positiven Fall von Ansteckung wisse und es meldete sich keiner. Dieselbe Antwort wird gewiss auch mir gegeben werden, wenn ich heute den anwesenden Collegen diese Frage vorlegen würde!

In neuester Zeit hat Aufrecht[19]) in Magdeburg, einer der ersten Kämpfer gegen die Koch'sche Infectionslehre, neue Beweismittel gegen die Infectionseigenschaften der Tuberkelbacillen beigebracht. Im Laufe von 17 Jahren erkrankte bei ihm im Hospital Niemand unter seinem Dienstpersonal an Tuberculose, obgleich einige bis zu 20 Jahren ihren Dienst versahen. Tabetiker, Herzkranke, Emphysematiker die Monate und Jahre lang mitten unter Phthisikern sich befanden, blieben frei von Tuberculose. Ein an delirium tremens Kranker hatte ein Mal einen vollen Spucknapf eines Bacillen enthaltenden

[12]) Centralb. für Bacteriologie Bd. XXIII. Heft 16.

[13]) Auf Grund der eingehendsten, durch genaue Zahlenangaben gesicherten Anfragen stellte Langerhans fest, dass von den 635 in Madeira — diesem ideal gleichmässigen Klima wo schwere Erkältungen fast unmöglich sind—Eingewanderten 195 nachweisbar erblich belastet und 440 wahrscheinlich von dieser Belastung frei waren. Von diesen 440 sind in den Jahren 1836—84 5 an Phthise gestorben, unter diesen sind nur drei in Madeira entstanden. Von 195 hereditären Fällen von Phthise sind 45 in fast 50 Jahren gestorben, davon 29 an Phthise.

[14]) Riffel studirte die Ausbreitungsweise der Morbidität und Mortalität an Tuberculose und stellte darüber ausführliche Listen und Tabellen auf. In 2 kleinen Ortschaften, in welchen er durch persönliche Beziehungen als Verwandter und langjähriger behandelnder Arzt die einzelnen Familien durch Lebenszeit beobachtete resp. mittels Tradition von glaubwürdigen Personen, sowie den Nachweise des Pfarrregisters durch 4—5 Generationen in alle Details verfolgen konnte, fand Riffel diese Gelegenheit und als einzige Folgerung ergiebt sich bei ihm die Annahme, dass die Tuberculose ausschliesslich durch hereditäre Uebertragung bedingt sei.... der Tuberkelbacillus tritt erst auf, wenn die Lunge bereits krank und in Zerfall begriffen ist—der Tuberbacillus ist ein Saprophyt . . . kein einziger Fall ist zu constatiren, dass die Schwindsucht durch die Wohnung oder durch Gebrauchsgegenstände hätte verursacht sein können . . . ebenso nicht durch den Genuss der Milch . . .

[15]) Haupt hat eine sehr sorgfältige statistische Aufstellung der Gesundheitsverhältnisse in Soden, diesem allbekannten Kurorte für Lungenkranke, gemacht und fand unter den ältesten 52 Leuten, die zwischen 70 und 90 Jahren alt waren und im Laufe ihres Lebens 31 Wohnungen inne hatten, welche sie im Sommer den Lungenkranken vermietheten, wobei die Hälfte von ihnen gleichzeitig die Wartung und Bedienung der Kranken während der Saison besorgten, keinen einzigen Phthisiker. Haupt ist auch bei seinen Forschungen einzelnen förmlichen Hausepidemien begegnet und fand, dass er dabei immer weiter auf den Grund der Erkrankungen eindrang, was bisweilen nur auf sehr mühsamen Umwegen zu ersuchen war, dass Heredität constatirt werden konnte. (Vielleicht auch eine Form der Pseudotuberculose?).

[16]) Michaelis practicirt über 30 Jahre im Badeorte Rehburg. Ueber 50 Jahre existirt dieser Badeort und wird jährlich zur Saison von circa 500 Tuberculösen besucht. Zur Zeit beträgt die Einwohnerzahl 350 Seelen, welche in 65 Häusern bis 70, selbstständigen Haushaltungen wohnen und heute beherbergt der Badeort Rehburg unter seinen Bewohnern drei Tuberculöse, die alle drei zwar auch da geboren, die alte Heimath schon als tuberculose Kranke wieder aufsuchten, nachdem sie in der Fremde sich die Tuberculose erworben hatten. Monatsschrift f. practische Balneologie. № 1. 1897.).

[17]) Haupt. Deutsche Medicinalztg. № 40—1898.

[18]) Revilliod. Des formes cliniques de la tuberculose pulm. Montpellier 1898.

[19]) A. Chron. Lungentuberculose. 1898.

Phthisikers herentergeschluckt,ohne inficirt zu sein! Ebenso sehr beachtenswerth sind die Angaben von Bär[20], die wir in seinem gediegenen Werke über die Hygiene des Gefängniswesens aufgezeichnet finden. Dass die Sträflinge die Tuberculose theilweise schon mitbringen ist bei der grossen Verbreitung der Tuberculose wahrscheinlich, indessen haben Statistiken festgestellt, dass auch bei dem Eintritt von gesund erkannten sich später Phthise mit Vorliebe einstellt. Bär schreibt gesperrt gedruckt: «Die directe Uebertragung der Tuberculose ist auch in den Gefängnissen von keinem Gefängnissarzte nachgewiesen. Die grosse Häufigkeit der Phthise unter den Gefangenen lässt sich durch directe Infection vermittelst der durch Sputa der Tuberculösen in der Athmungsluft vorhandenen Bacillen allein nicht erklären». Auch in Plötzensee (Bär) hat sich wie in den oesterreichischen Strafanstalten (Latschak) ein viel ungünstigerer Procentsatz der Phthisemortalität bei den Zellensträflingen ergeben, als in der Gemeinschaftshaft, obwohl der oesterreichische Gefängnissarzt hervorhebt, dass gesunde und arbeitsfähige Individuen der Zellenhaft unterzogen werden. Bär hat festgestellt, dass in den Zellen, wo ein Gefangener phthisisch wird, früher nie ein Phthisiker gewesen ist und auch die späteren Bewohner nicht phthisich geworden sind. In ähnlicher Weise ist der Nachweis geliefert in dem Münchener Zuchthause, in dessen nach Cornet-Heller'schen Vorschriften sterilisirten Räumen die Tuberculose trotzdem dieselben Erkrankungsziffern zeigte, als ohne diese hygienischen Maassnahmen.

«Dass die Infection mit Tuberkelbacillen allein nicht ausreicht, Tuberculose oder gar Phthise herbeizuführen schreibt der hervorragende Bacteriologe Hueppe[21]) ist jetzt wohl so anerkannt, dass man meist gar nicht mehr weiss, welche Schwierigkeiten wir hatten gegen diese falschen Vorstellungen von Koch anzukämpfen. Einmal musste die klinische Erfahrung immer wieder die Berechtigung der alten Beobachtungen bestätigen, dass es eine ganz besondere ererbte und erworbene Anlage zur Tuberculose giebt, dass selbst trotz grösster Gelegenheit zur Infection noch lange nicht Jeder von der Krankheit ergriffen wird. Im Munde und in der Nase gesunder Menschen sind schon öfters Tuberkelbacillen gefunden, ohne dass sie tuberculös geworden. Der zweite Punct, sagt weiter Hueppe ist der, dass ich selbst in naturwissenschaftlicher exacter Weise unter Einführung der energetischen Gesichtspuncte in das medicinische Denken in umfassender Weise darlegen konnte, dass überhaupt Krankheitserreger in Form irgend einer Krankheit nur das auslösen können, was als innere Krankheitsanlage causal vorbereitet ist. Durch dieses Zusammentreffen ärztlicher Erfahrung und exacter biologischer Forschung wurde nunmehr von neuem die Bedeutung der Krankheitsanlage für die Aetiologie und Bekämpfung der Phthise in den Vordergrund gebracht

Ein französischer Autor, Vergely[22]), Professor in Bordeaux formulirt diesen Gedanken in folgender drastischen Phrase: Le microbe n'est rien, le terrain est tout!

Wir müssen also zur Tuberculose disponirt sein. Die Diposition aber besteht nicht in einer gewöhnlichen Gewebsschwäche. Die Disposition, wie Liebreich sagt ist ein Zustand der von dem Normalen abweicht, sie ist daher der bereits eingetretene eigentliche Beginn der Erkrankung und kann naturgemäss vorübergehend oder dauernd sein. Bei der Tuberculose haben wir eine Erkrankung, welche localer oder allgemeiner Natur sein kann; erst dann wenn diese vorhanden ist, wird der Angriffspunct für die Tuberkelbacillen gegeben. Im gesunden Gewebe kommen Koch'sche Bacillen nicht auf. Somit ist der Tuberkelbacillus kein wahrer Parasit, sondern ein Parasit der Erkrankung ein Nosoparasit[23]).

Die pathologisch-anatomische Grundlage der Tuberculose haben wir, uns stützend auf die Arbeiten von Borrel, nach meiner Meinung im Lymphsystem zu suchen. Die Tuberculose ist somit eine specifische Erkrankung des Lymphsystems und stellt eine constitutionelle Krankheit dar, die in fast 90° angeboren ist[24]). Die Tuberculose kann als solche heilen und zum Tode führen, wie das die Arbeiten von Maass, Biedert[25]) Bergmann u. A. zeigen, sie wird aber häufiger durch Auftreten von Koch'schen Bacillen und anderen Microben und chemisch-pathologischen Producten, zur bacillären, die ebenso heilen und zum Tode führen kann. Wir können die Tuberculose vergleichen mit den constitutionellen Krankheiten, wie Herz- und Gefässkrankheiten, Gicht, Haemophilie, viele Nerven- und Geisteskrankheiten.

Die Beobachtungen von Rokitanski, dass bei Tuberculösen ein kleines Herz bei Sectionen in der Mehrzahl der Fälle constatirt wird, sollte nach seiner Ansicht eine Ursache bilden zur Tuberculose. Mir scheint das kleine Herz eher eine Folge der tuberkulösen Affection des Embryo zu sein, welches seine Entstehung im embryonalen Zustande den nahen Wechselbeziehungen zwischen dem specifisch kranken Lymph- und dem Gefässsystem zu verdanken hat. Da das Lymphsystem mit allen Organen in naher Beziehung steht, so ist auch leicht zu erklären das Auftreten der Tuberculose in allen Organen, vor allem aber in den Lungen. Der phthisiche Habitus wie ihn Oppenheim so richtig beschreibt, ist somit zu suchen in einer Disharmonie des Wachsthums, wie Reib'mayer sich ausdrückt, welcher schon in der Keimzelle vorgebildet ist. Die rhachitischen Knochenerkrankungen bei Personen die von chronischen Brustleidenden abstammen, sind gewiss zum grössten Theil, wie ich es auch statistisch bekräftigen werde, dieser Ursache zuzuschreiben. Die latente Tuberculose wird nach Revilliod's neuesten statistischen Untersuchungen manifest durch folgende Krankheiten: Influenza, Masern, Keuchhusten, Lues, Alkoholismus, Diabetes; entgegengesetzte Wirkung immunisirend üben aus Scharlach, Typhus, Erysipel, Rheumatismus, Arthritis.

Je mehr unsere Kenntnisse sich über die Biologie des Koch'schen Bacillus und über die verschiedenen Micro-

---

[20]) B. Die Hygiene des Gefängnisswesens. Jena. 1897.

[21]) H. l. c.

[22]) V. Les formes cliniques de la t. Montpellier. 1898. und Verdalle, Gazette des eaux. № 2053—1898.

[23]) «Die Krankheit erzeugenden Bacterien werden als pathogene, die unschädlichen, harmlosen dagegen als nicht pathogene bezeichnet. Diejenigen, welche nur in einem lebenden höheren Organismus sich vermehren können, nennt man Parasiten (echte, strenge, obligate Parasiten). Im Gegensatz zu ihnen stehen die Saprophyten, diejenigen Bacterien, welche nur auf todtem Material ihr Fortkommen finden. Eine scharfe Grenze zwischen Parasiten und Saprophyten giebt es jedoch nicht; sehr viele Bacterien sind beiden Lebensarten angepasst; sie sind facultative Parasiten, d. h. sie leben nur vorübergehend im thierischen Körper, meist aber ausserhalb desselben im Boden oder Wasser. Andererseits sind manche der besonders pathogenen Bacterienarten wohl von Hause aus parasitisch angelegt; durch unsere Nährboden haben wir sie jedoch ausserhalb des Körpers zur Züchtung gebracht und so aus ihnen auf künstliche Weise facultative Saprophyten gemacht».

[24]) Crocq. Nosoparasitisme. Bruxelles. 1896.

[25]) Biedert. Behandlung der Scrophulos. 1897.

In den Lungen fand und beschrieb Prof. Biedert als einer der ersten «tuberculoseähnliche Herde», die er auch bis zum Tode beobachten und später bei Sectionem bestätigen konnte. Ebenso hat Biedert beobachtet, dass die Drüsen einmal gespickt mit Bacillen sind, ein anderes Mal so arm daran und frei davon sind, dass der Vorgang in ihnen nicht lediglich und gleichmässig von den Bacillen abhängig gemacht werden kann.

organismen, welche Pseudotuberculose erzeugen können, erweitern, desto mehr werden wir die bacillare Tuberculose nur bei hereditär Belasteten vorfinden. Das Gros der uns entgegentretenden tuberculosen Kranken mit dem Habitus phthisicus, chronischen Lungen, Gelenk- und Knochenaffectionen können wir uns nicht entstanden denken durch Inhalation von Tuberkelbacillen, das sind angeborene Zustände, bei denen Koch'sche Bacillen vorzugsweise auftreten, aber auch andere Microben, und dann den Zustand verschlimmern.

Wenn die Tuberculose (die nicht bacilläre) oder wie man zu sagen pflegt Disposition oder Krankheitsanlage, in circa 75%[26]) bis 90% vererbt ist so bleiben circa 10—25%, wo die Tuberculose im Leben acquirirt wird und weiter vererbt werden kann.

Wie hat man sich vorzustellen, dass pathologische Eigenschaften vererbt werden?

Diese Frage ist in den letzten Jahrzehnten Gegenstand grosser Polemik unter den Gelehrten gewesen. Als erworben kann nur dasjenige gelten, schreibt Ziegler [27]), was im Laufe des Einzellebens zur Zeit der Entwickelung oder später ausschliesslich unter dem Einfluss äusserer Bedingungen zu Stande gekommen ist, in keiner Weise aber Zustände, die, wie man sagt, von selbst aufgetreten sind und deren Anlage daher im Keime gegeben sein muss. Das Auftreten von Infectionskrankheiten beim Embryo kann man aber nicht als Vererbung bezeichnen, das ist eine Uebertragung der Infection. Gegen die allgemein verbreitete Annahme dass erworbene Krankheiten sich vererben hat sich namentlich His in bestimmter Weise ausgesprochen, dass im individuellen Leben erworbene Eigenschaften sich nicht vererben. In noch bestimmterer und eingehenderer Form ist indessen zuerst von Weismann Opposition erhoben. Darvin stellte für die Vererbung erworbener Eigenschaften die Hypothese auf von der Pangenesis, wonach die Zellen des Körpers vor ihrer Umwandlung in völlig gebildete Substanzen kleine Keimchen abgeben, welche durch den ganzen Körper frei circuliren, oft in einem schlummernden Zustande viele Generationen hindurch überliefert werden und dann erst entwickelt werden. Nach Weismann haben wir uns vorzustellen, dass das Keimplasma, d. h. das specifische Nucleoplasma der Geschlechtsdrüse in ununterbrochener Continuität von dem Keimplasma der Eltern stammt. Die erbliche Uebertragung geht daher von einem der Eltern oder von beiden Eltern direct auf die Kinder über oder lässt diese frei, um erst bei den Enkelkindern oder in noch späteren Generationen wieder zu erscheinen. Vererbung von im Verlaufe des Einzellebens erworbenen Eigenschaften ist nach Weismann [28]) unmöglich. Die Erklärungen und Beispiele aus dem Thier- und Pflanzenreiche von Darvin, Roth [29]), Emery und A. scheinen mir jedoch plausibler zu sein und entsprechen mehr der Lebenserfahrung, daher möchte ich Virchow beistimmen, wenn er sagt: «Was das lebende Wesen erwirbt, kann es vererben». In dieser Beziehung stehen die Versuche an Meerschweinchen von Westphal, Brown-Séquard, Obersteiner, bei denen es gelungen war künstlich Epilepsie zu erzeugen, welche auch bei der Nachkommenschaft auftrat, obenan. Diese Resultate der experimentellen Untersuchungen sprechen wohl klar für die erbliche Uebertragung und die Weismann'sche Schule hat bis jetzt keine beweisenden Gründe gegen diese Experimente aufzuweisen. Die streng morphologische Auffassung von der Vererbung nach Weismann kann nicht widerspruchslos behauptet werden. Das unter der Herrschaft der Cellularpathologie etwas vernachlässigte Blut bleibt doch für die Biologie ein ganz besonderer Saft.

Bei der acquirirten Tuberculose (ich meine immer die nicht bacilläre) werden ausser Mangel an guter sauerstoffreicher Luft, Nahrungsnoth, schweren Lebenssorgen, Infectionsstoffe und Intoxicationsproducte den Hauptgrund bilden, das Lymphsystem so weit zu alteriren um es zu einer spec. tuberculösen Erkrankung zu machen, welche dann auch vererbt werden kann. Ob zum Zustandekommen der spec. tuberculösen Erkrankung Microorganismen mit den Stoffwechselproducten durchaus nothwendig sind, ist keineswegs absolut zu bejahen. «Es ist, wie Virchow [30]) sagt, naturwissenschaftlich noch nicht festgestellt, ob es nicht auch Ansteckung ohne Bacterien giebt», und erinnert dabei an die zahlreichen Krankheiten der neoplastischen Reihe, die ganz wie ansteckende Krankheiten sich verhalten.

Analogien für unsere Auffassung von der Tuberculose als angeborene und acquirirte constitutionelle Krankheit können wir in genügender Menge anführen, so die Arteriosclerose (welche wie die Tuberculose nicht immer das ganze Gefässsystem, sondern auch einzelne Bezirke allein betrifft), Gicht, Diabetes. Kurzsichtigkeit Haemophilie, psychische und Nervenkrankheiten, vor allen aber Lues. Bei der Lues, die bekanntlich am meisten mit der Tuberculose zu vergleichen ist, kann die Vererbung durch die Mutter oder den Vater geschehen; in letzterem Fall sind Beispiele constatirt, wo die Lues auf's Kind übertragen wurde ohne die Mutter luetisch afficirt zu haben [31]). Viele zahlreiche Fälle ähnlicher Art finden wir bei Tuberculösen. Wie oft sieht man, dass Kinder, die von einem kranken Vater Aehnlichkeit haben (ebenso auch Herzkranke) an Tuberculose dahinsiechen—mit und ohne Bacillen,—die von der gesunden Mutter Aehnlichkeit haben gesund bleiben, obgleich alle Kinder unter gleichen Verhältnissen und zwar auch in den besten und reichsten Familien aufgezogen werden. Diese Fälle sprechen doch klar, dass die kranke specifische Gewebsanlage, was ja identisch ist mit der Krankheit selbst, — angeboren ist!

Meine Herren! Die Zahl der Arbeiten der Hereditarier die ich Ihnen vorgeführt, ist eine beträchtliche, und C. Fränkel hat Unrecht, wenn er behauptet, dass die Hereditarier im Absterben begriffen sind. Es scheint, wie Hahn-München [32]) richtig bekennt, als ob sich doch noch einige kleine tiefliegende und entwickelungsfähige Colonien erhalten haben, die nur durch die grossen Oberflächen-Colonien der reinen Contagionisten verdeckt werden».

Wenn ich keine Forschungen und Schlüsse von Contagionisten anführe, so geschieht es deswegen, weil dieselben fast die nämlichen geblieben, die Ihnen alle bekannt sind. Die neuesten Arbeiten aus dem Lager der Infectionisten stammen von Grancher [33]). In denselben lesen wir wieder von der grossen Gefahr der Ansteckung durch die Bacillen im Sputum, daher wird die Vernichtung des Sputums als die wichtigste Regel hingestellt. Wer nun glauben sollte, dass es nur nöthig sei im Kampfe mit der Tuberculose sich zu beschränken auf die Mühen einer sorgfältigen Desinfection des Auswurfes und glaubt auf diese Weise jede Gefahr zu beseitigen, wird sehr häufig überrascht werden, wie die

[26]) Haupt. Weitere statistische Beiträge zur Verbreitung der T. D. med. Z. № 40. 1898.
[27]) Z. Können erworbene pathol. Eigenschaften vererbt werden. Jena. 1886.
[28]) W. Neue Gedanken zur Vererbung. Jena. 1898.
[29]) R. Vererbung erworbener Eigenschaften zur Krankheit. Wiener Klinik. 1890, 7 Heft.
[30]) V. 100 Jahre allg. Pathologie. 1895.
[31]) Heubner. Syphilis im Kindesalter. Tübingen. 1896.
[32]) H. Berl. kl. W. № 13. 1898.
[33]) Gr. Semaine med. № 25 1898.

latente Tuberculose in einer Familie fortfährt Opfer auf Opfer zu fordern.

Die Kluft zwischen den Anhängern des Nosoparasitismus und des Parasitismus ist aber garnicht so gross. Im Grunde handelt es sich doch nur darum, dass vom Standpunkte des Nosoparasitismus die Disposition, die Gelegenheitsursache stärker betont werden, als von den reinen Contagionisten. Die Differenz ist also nur eine quantitative, keine qualitative (Hahn-Buchner).

M. H.! Die Directive für die Therapie der Lungentuberculose liegt in dem Satz: Im gesunden Gewebe kommt der Koch'sche Bacillus nicht fort. Wir müssen also den kranken Organismus stärken und gesund erhalten. In dieser Beziehung bilden die grossen Sanatorien die Stätte, wo die Patienten die Therapie in systematischer Form erlernen und sie zu eigen machen können, worauf sie dann überall die Möglichkeit haben nach diesen Regeln zu leben. Ein längerer Aufenthalt in Sanatorien wird gewiss für viele wegen der strengen Disciplin von grossem Nutzen sein, dürfte aber nicht allen unentbehrlich werden. Frische, sauerstoffreiche Luft und Sonnenschein, energische Hautpflege durch hydropatische Maasnahmen, kräftige Nahrung bei nöthiger geistiger und körperlicher Ruhe, das ist es, wodurch die Sanatorien den Tuberculösen Kraft und Gesundheit verleihen. Diese Bedingungen sind in einem hohen Grade in den von mir proponirten Haus-Sanatorien [34]) zu erreichen und sie bereiten eine grosse Aushülfe für die so verschwindend kleine Zahl von Sanatorien [35]) und deren theure Pension. Nachdem es erwiesen, dass Schwindsucht durch Athmungsluft nicht verbreitet wird, ist ja auch die Zeit vorüber, sagt v. Leyden, wo jeder Schwindsüchtige für den Nachbar als eine grosse Gefahr erschien, die man streng vermeiden muss. Jedes Hospital, jedes Haus kann Haus-Sanatorien sich ohne viele Kosten einrichten.

Die Resultate im Hospital zu Zarskoje Sselo im Verlaufe von fast drei Jahren waren folgende: vom November 1895 bis zum 1. August 1898:

Zahl der Kranken	Relative Heilung	Besserung	Vortheile erzielt	Ohne Resultat oder Verschlimmerg.	Gestorb.
225	17 7,5%	87 38,7%	104 46,2%	110 48,8%	11 4,8%

Die Resultate die wir erhielten, sind sehr erfreuliche und werden immer bessere werden, sobald die Haus-Sanatorien sich vermehren werden, wodurch die Zahl der Frühdiagnosen sich um ein Bedeutendes vergrössern wird, was ja so äusserst wichtig ist bei jeder Therapie. Wenn auch die Procentzahl der Kranken, die Besserung erhielten — 38,7% — kleiner ist als in den grossen Sanatorien, wo sie im Mittel 70% beträgt, so ist sie doch auffallend besser, als wir sie in Hospitälern gewöhnt sind zu finden. Wir müssen ja nicht vergessen, dass wir (in unserem Haus-Sanatorium) alle tuberculösen Kranken ohne Auswahl aufnehmen. Wäre die Mehrzahl unserer Kranken (etwa 70%) [36]) in den grossen renommirten Sanatorien untergebracht, so würden die so günstigen Resultate derselben sofort um Vieles verschlimmert. Die neu eröffneten Sanatorien für Unbemittelte in Malchow und Ruppertsheim haben uns ja das zur Genüge gezeigt, als man alle Schwindsüchtigen auf einmal in dieselben transportirte; die Resultate wurden augenfällig ungünstige, worauf man dann sich entschloss, nur Kranke mit weniger vorgerücktem Leiden aufzunehmen.

Die Einrichtung von Haus-Sanatorien in Hospitälern scheint auf fruchtbaren Boden zu fallen. Schabert [37]) plaidirt für die Einrichtung eines Krankenhaus-Sanatoriums für die Charité in Berlin. Letulle in Paris hat seit 8 Monaten angefangen die Schwindsüchtigen isolirt in seinem grossen Hospital nach den Regeln der grossen Sanatorien zu behandeln (Haus-Sanatorien) und spricht sich sehr zufrieden aus über die erzielten Resultate (Semaine méd. № 41, 1898). Briefe von Aerzten aus verschiedenen Ländern, worin ich gebeten werde, meine Beschreibung der Haus-Sanatorien zuzuschicken, scheinen somit deutlich dafür zu sprechen, dass die Haus-Sanatorien eine Zukunft haben.

Frische, sauerstoffreiche Luft lässt sich durch Ventilation fast überall finden, natürlich in bergigen, waldigen, trockenen und sonnigen Gegenden am leichtesten. Wenn wir auch in nördlichen Gegenden Heimstätten, wie Virchow die Sanatorien bezeichnet, einrichten können, so steht es ausser allem Zweifel, dass in vielen Fällen, namentlich bei Kindern, der sonnige Süden am Meerstrande viel rascher, bisweilen auch einzig und allein zur Heilung führt. Dank der leichten Acclimatisationsfähigkeit des menschlichen Organismus, wird derselbe, aus dem Süden gekräftigt heimgekehrt, recht rasch später an die kältere Luft sich gewöhnen.

Es war ein fruchtbringender Gedanke von Brehmer dass er in seiner Anstalt im Gebirge die Hydrotherapie einführte, die später von allen seinen Schülern mit Consequenz durchgeführt wurde. In allen jetzt nach Brehmer-Dettweiler'schem System eingerichteten Sanatorien fehlt die hydrotherapeutische Abtheilung nie. Prof. Winternitz, der Vater der modernen Hydrotherapie zeigt es uns in überzeugender Weise durch Wort und That, wie kräftigend die hydrotherapeutischen Maassnahmen auf den Organismus einwirken. Durch eine verständige Anwendung derselben sind wir nämlich im Stande einen wesentlichen Einfluss auszuüben auf die Innervation und Circulation im Organismus und auf Vermehrung der Leucocythose und auf Hebung der Alcalescenz des Blutes, mit einem Wort — auf Hebung des gesammten Stoffwechsels. Ich muss offen gestehen, dass bei der Behandlung der Tuberculose die Hydrotherapie — ich möchte beinahe behaupten, — die wichtigste Rolle spielt bei der Erhöhung der Widerstandskraft im Organismus, so effectvoll sind die Resultate, die ich speciell erzielt und bei anderen gesehen. Und wie leicht ausführbar sind sie auch in dem ärmsten Haushalte!

Die Schwindsucht ist characterisirt durch einen Gewebsschwund, der wiederum unterhalten wird durch den diese Krankheit begleitenden Appetitschwund. Ist durch Luft- und Wassercur der Appetitmangel beseitigt, so besteht jetzt unsere Aufgabe darin durch eine rationelle Diät den Gewebsschwund wiederherzustellen, was dann in erster Linie dazu beitragen wird die Schwindsucht zu überwinden. Sehr richtig sagt Dettweiler: «Die Küche, das ist meine Apotheke! Leider ist die Kochkunst unter den Aerzten fast garnicht Gemeingut geworden und doch müssten die Aerzte schon bei einem flüchtigen Blick auf die grossen Erfolge, die die jetzt überall wie die Pilze aufschiessenden verschiedenen Sanatorien aufweisen sehen, dass ja nur die rationelle

[34]) U. Haus-Sanatorien. St. P. med. W. № 32, 1896 und 68 Naturf. C. in Francfurt 1896.

[35]) «Heilstätten-Correspondenz», unter der bewährten Redaction von Dr. Pannwitz, giebt uns fortlaufend in gedrängter Form Notizen über das grosse Interesse, welches dem Bau von Sanatorien in allen Ländern entgegengetragen wird.

[36]) Die Zahl ist so gross, weil eine bedeutende Zahl von schwerkranken Tuberkulösen aus Petersburg evakuirt gewesen.

[37]) Sch. Ueber die Nothwendigkeit von Krankenhaus-Sanatoren. Berl. kl. W. № 8. 1898.



Diät in denselben die Hauptrolle spielt. Ueberall hört man jetzt den Ruf erschallen: «Rückkehr zur Natur!» und eifert mit Recht gegen das einseitige Medicíniren, wozu nicht wenig beitragen die Unmasse von neuen Mitteln, die täglich mit allen Mitteln der Reclame angekündigt werden. Eine rationelle Diät allein schafft schon in sehr vielen chronischen Krankheiten mehr Vortheil, als das Schlucken von verschiedenen Medicinen ohne Diät. Für die Therapie der Phthise ist es das Axiom: ohne Erhaltung bezw. Wiederherstellung des normalen Stoffwechsels kein Heil. (Dettweiler). Die Kenntniss der Bereitung der Speisen ist daher eine höchst wichtige Sache überhaupt, namentlich aber bei Behandlung von Brustleidenden. Der junge Mediciner müsste obligatorisch im letzten Semester seiner Studien einen Cursus im Bereiten von Speisen nehmen Mit vollem Recht sagt Ewald, dass ein guter Doctor auch ein guter Koch sein muss. Eine grosse Stütze zum Erlernen der Kochkunst sind jetzt für die Aerzte die neuen Lehr- und Handbücher v. Weyele [38]), Moritz [39]), v. Leyden [40]), Biedert [41]) und Noorden [42]), die ich aus eigener Erfahrung sehr empfehlen kann, dieselben zeigen unter anderem dass auch in autoritativen Kreisen diese Lücke im medisinischen Studium ausgefüllt werden muss [43])!

Haben wir nun die drei Punkte — frische Luft, Hautpflege und kräftige Nahrung — bei der Behandlung der Tuberculosen erfüllen können, so bleibt noch ein sehr wichtiger übrig, ich meine die nöthige körperliche und geistige Ruhe. Ich kenne Kranke, die nach Zarskoje Sselo zogen und alle drei Grundsätze gewissenhaft befolgten, dennoch sich nicht erholten, weil sie den Tag und die Nacht mit geistiger Arbeit sich abquälten. Wurde die nöthige Ruhe beobachtet, so besserten sich sofort die körperlichen Leiden.

Sie sehen, meine Herren, die Kranken werden in Sanatorien hygienisch erzogen und können heimgekehrt als «Apostel der Hygiene» günstig auf die Umgebung einwirken. In diesem Sinne werden auch nicht nachstehen die von mir eingeführten Haus-Sanatorien oder die Privat-Sanatorien nach dem Muster von Wolff [44]), Penzold [45]) u. A. Die Kumiss-Anstalten und die altbewährten alcalischen Bäder in Ems, Soden, Obersalzbrunnen, Essentucki u. A., ebenso die Krim, die Schweiz, der Kaukasus und die Riviera mit ihren reizenden Ortschaften und dem ewig blauen Himmel, werden fortfahren auch in Zukunft gewiss Besserung und Heilung den Kranken zu verschaffen. Der Nutzen an diesen Orten würde aber gewiss noch grösser sein, wenn die hygienisch-diätetischen Grundsätze unter den Kranken bei ihrer Behandlung mehr pointirt würden.

Für die allgemeine prophylactische hygienische Therapie müsste aber die ausgiebige Pflege von Jugend- und Volksspielen, von Turnen und Sport in allen Lebensalter baldmöglichst Gemeingut aller Schichten der Gesellschaft werden. Das sind Mittel, wie wir bei Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit viel zur Volksgesundung beitragen können!

Ein specifisches Mittel gegen die Schwindsucht besitzen wir nicht und werden es nie besitzen, weil die Phthise eine Misch-Infection darstellt, die verschiedenen Krankheitserregern ihre Entstehung verdankt, andererseits der menschliche Organismus einen durch Heredität und seine Lebensweise complicirten Organismus repräsentirt, der somit nicht nur durch ein Mittel, sondern durch verschiedene behandelt werden muss. Gleich nach der Entdeckung des Tuberculins vermuthete Buchner, dass dasselbe ein Protein sei und Scholl und Hueppe ermittelten dies direct und fanden weiter, dass seine Wirkung nicht auf der von Koch erkannten necrotisirenden Eigenschaft, sondern auf der von Koch nicht erkannten entzündungserregenden Fähigkeit beruht. Römer fand dann, dass das Tuberculin nicht specifisch wirkt und auch durch andere Bacterienproteine ersetzt werden kann. Hueppe hat damals bereits dargelegt, dass es sich um eine Reaction des kranken Gewebes handelt. Wir werden also mit richtig gewählten entzündungserregenden Substanzen, sagt weiter Hueppe, wie mit Arsen, Cantharidin etc., eventuell auch mit Tuberculin [46]) den einen oder anderen Fall von Tuberculose günstig beeinflussen können.

Unter den Medicamenten stehen nach wie vor die Guajacol- und Kreosotpräparate in Kraft; in letzter Zeit hat uns gute Dienste geleistet der Perubalsam (drei Mal tägl. 0,3).

Meine Herren! Um aber mit Erfolg gemeinsam im Kampfe gegen die Tuberculose vorzugehen, müssen wir somit alle Mittel darauf richten, wie ich es schon vor einem Jahre in dieser Gesellschaft gesagt, dass bereits unsere Kinderstube in ein Haus-Sanatorium verwandelt werde!

Zarskoje-Sselo.
August 1898.

[38]) W. Die diätetische Behandlung etc. Jena. 1895.
[39]) M. Grundzüge der Krankenernährung. Stuttgart. 1898.
[40]) L. Handbuch der Ernährungstherapie. Leipzig. 1898.
[41]) Biedert u. Langemann. Diätetik und Kochbuch.
[42]) Noorden. Stoffverbrauch und Nahrungsbedarf in Krankheiten. 1896.
[43]) In allerjüngster Zeit ist sogar eine Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie erschienen, unter der Leitung von v. Leyden und Goldscheider.
[44]) W. Ueber Phthisistherapie in der Praxis. Wiesbaden. 1894.
[45]) P. Behandlung der Lungentuberculose 1895.
[46]) Hutinel behauptete auf dem Congress in Paris, dass subcutane Injection von physiologischer Salzlösung (serum artificiel) dieselbe Reaction bei Tuberculösen zu erzeugen im Stande ist wie das Koch'sche im Tuberculin (Sem. № 42, 1898.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Sept. d. J. 7413 (35 mehr als in d. Vorw.), darunter 647 Typhus — (22 mehr), 811 Syphilis — (18 mehr), 108 Scharlach — (10 wen.), 112 Diphtherie — (10 mehr), 14 Masern — (10 wen.), und 3 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. August bis 5. September 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
306	260	566	124	58	120	15	7	11	40	53	36	33	34	20	15	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 14. Diphtherie 20, Croup 3, Keuchhusten 13, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 1, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0,

Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 5. Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 22. Krankheiten des Verdauungscanals 88, Todtgeborene 23.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Sept. 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Dr. med. E. Michelson wohnt jetzt Wass. Ostr. 7 L. № 10. Qu. 4. Krankenempfang: Montag, Mittwoch, Freitag: 1–2. Dienstag, Donnerstag, Sonnabend: 6–7.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28 кв. 14.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.

Irene Marie Chomse, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr.. Haus d. Finnischen Kirche 6–8, Q. 19.

Dieser № liegt ein Prospect über «Jacobi, Therapie des Säuglings- und Kindesalters» bei.

Дозв ценз. Спб. 12 Сентября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, 19. September (1. October) 1898

Ueber die Behandlung des Erysipels.

Von

Drd. med. Elmar Fischer — Sagnitz.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetag in Wolmar.)

Auf keinem Gebiete der practischen Medicin hat die Prophylaxe so grossartige und augenscheinliche Erfolge aufzuweisen, wie in der Wundbehandlung. Während in der Zeit vor Einführung der Aseptik Wundinfectionskrankheiten zu den häufigsten Ereignissen in den chirurgischen Anstalten gehörten, hat man nachher gelernt mit wachsender Erkenntniss der Ursachen der Infectionen prophylactisch Massnahmen zu treffen, damit der natürliche Heilungsprocess nicht durch äusserliche Schädlichkeiten ungünstig beeinflusst resp. gehemmt werde.

Die moderne antiseptische und aseptische Wundbehandlung ist ein klassisches Beispiel dafür, was man durch die Prophylaxe in der Heilkunde zu leisten im Stande ist.

Liest man die Berichte chirurgischer Anstalten und chirurgisch thätiger Aerzte aus früheren Zeiten, so findet man die Scheu und die Furcht des Publicums vor operativen Eingriffen damals gerechtfertigt. Tillmans erwähnt 1880 noch die Thatsache, dass das Erysipel in den Kriegslazarethen während der letzten Feldzüge bei weitem nicht so häufig vorkam, wie in den Friedenshospitälern; er ist geneigt diese Erscheinung auf die differente Art der Verletzten in den Friedens- und Kriegshospitälern zurückzuführen. Mag die Beschaffenheit der Verletzung auch immerhin eine Rolle bei der Deutung dieser Erscheinung bilden, durch sie allein lässt sich jedoch dieses Factum nicht erklären. Die Kriegshospitäler standen in sanitärer Hinsicht wahrscheinlich viel günstiger da, als die alten, seit vielen Jahren inficirten Friedenshospitäler. Als aber unsere Hospitäler durch hygienische und sanitäre Einrichtungen verbessert waren, als die Narcose dem Patienten die Furcht vor den durch den operativen Eingriff verursachten Schmerzen nahm, als endlich die Anti- und Aseptik die besten Garantien für das Ausbleiben von Wundinfectionen bot, da hat sich die Situation in kurzer Zeit vollständig verändert und heut zu Tage erfreut sich der Chirurg des grössten Vertrauens und Zuspruchs von Seiten des kranken Publicums und das mit Recht!

Aber nicht nur der Chirurg, nein, jeder Arzt hat die Pflicht dafür zu sorgen, dass weder er noch seine Anstalt die vermittelnde Rolle bei der Uebertragung von Infectionen spielen.

In der Gegenwart bekommen wir das Erysipel fast nur noch an Patienten zu sehen, die bereits mit dieser Krankheit behaftet unsere Hilfe in Anspruch nehmen. Wir wissen, dass wir durch peinliche Sauberkeit, Desinfection und Sterilisation alles dessen, was irgend mit einer wenn auch noch so geringen Verletzung der Hautdecken in Berührung kommen könnte, auch das Erysipel überall dort vermeiden können, wo wir es nach Berichten in früheren Zeiten häufig anzutreffen gewohnt waren.

Wie aber können wir nun auch prophylactisch darauf hinwirken, dass diejenigen Verletzungen, die nicht durch uns (als operative Eingriffe) verursacht, sondern die durch Schädlichkeiten des täglichen Lebens hervorgebracht, dass diese nicht mit Erysipel inficirt werden?

Da es erwiesen ist, dass auch die unbedeutendste Continuitätstrennung der Hautdecke die Eingangspforte für Erysipel abgeben kann, so müssen wir durch Belehrung darauf hinwirken, dass jeder auch die geringste Verletzung gleich richtig zu behandeln versteht, damit Infectionen vermieden werden. Ich hoffe hier namentlich bei den älteren Collegen meine Anschauung, dass die Erkrankungen an Erysipel, besonders an den schweren Formen des Erysipels seltener werden, getheilt zu finden. Das Publicum, auch das ungebildete, ist, wo es sein Wohlergehen angeht, sehr gern bereit zu lernen; die antiseptische Wundbehandlung ist, soviel mir bekannt ist, auch bei uns volksthümlich geworden.

Die Zahl der Erkrankungen an Erysipel wird also sicher durch die prophylactische antiseptische Behandlung der Wunden durch die Verletzten selbst nicht wieder zu der Höhe ansteigen, wie in früherer Zeit. — Die alten Aerzte begannen die Behandlung des Erysipels bei plethorischen Individuen gewöhnlich mit einem Aderlass, bei gastrischen Symptomen folgten dann Brech- und Abführmittel. Bei schweren Formen mit hohem Fieber und Prostation der Kräfte verordnete man excitirende Mittel. — Besonders verbreitet war bei den Alten die Vorstellung, das Erysipel könne plötzlich von der Haut verschwinden und auf innere Organe übergehen. Man suchte daher das Erysipel auf der Haut «festzuhalten», resp. wieder zurückzubringen, zu welchem Zwecke die erysipelatösen Stellen gerieben oder gebürstet wurden; auch Blasenpflaster, Cantharidentinctur und ähnlich wirkende Mittel wurden zu diesem Zwecke applicirt, — doch soll es selten gelungen sein auf diese Weise wieder die Rose nach Aussen zu locken.

In England wurde die frühzeitige Behandlung mit Reizmitteln und Eisenpräparaten bevorzugt, während die Franzosen beträchtliche Blutentziehungen anzuwenden pflegten. — Local fürchtete man die Kälte und Nässe; man glaubte dadurch das Verschwinden des Erysipels von der Haut und den Uebertritt desselben auf innere Organe gefördert zu sehen. Die erkrankten Hautpartien wurden mit trockenen, aromatischen Kräuterkissen, Fellen, Mehl, Kreide u. A. bedeckt, öfters vorher auch noch mit den verschiedensten Oelen oder Fetten bestrichen. Ricord und A. benutzten die Mercurialsalbe als Einreibung, Larrey zog Streifen mit dem Ferrum candens oder brannte punctförmig. In die Tiefe greifende, mit Eiterung oder Gangrän einhergehende Erysipele wurden ebenso wie heute mit Incisionen behandelt.

In neuerer Zeit verfährt man bei der internen Behandlung des Erysipels im wesentlichen symptomatisch. Man sorgt für gute Luft, regelmässigen Stuhlgang und Erhaltung der Körperkräfte durch zweckmässige Ernährung.

Eine gewissermassen aetiologische Therapie versuchten Chantemesse und Courmont, indem sie da Marmorek sche Antistreptococcenserum anwandten Courmont berichtet jedoch, er hätte keine günstige Resultate zu verzeichnen.

Gegen allzu hohe Temperaturen wird man jetzt wohl kaum anders als mit kühlen Bädern vorgehen, es sei denn, dass es sich um Complication mit Intermittens handelt, wo denn das Chinin per os oder per clysma guten Dienst leistet. Die Wirkung der kalten Bäder rühmt unter A. besonders Volkmann. Archangelski constatirte, dass die Fieberperiode durch sie abgekürzt würde, ein Einfluss aber auf die Complicationen und das Fortschreiten des Erysipels nicht zu erkennen wäre.

Die äusserliche Anwendung des Guajacols nach Sciolla ist auch beim Erysipel practisch verwerthet worden; Bard u. A. empfehlen Morgens und Abends 2,0 Guajacol auf die Haut zu pinseln, wenn die Temperatur über 39° sich hält; wie die Erfahrungen gezeigt haben, ist jedoch das Mittel nicht ungefährlich, Bard selbst hat nach 2,0 Pinselung Collaps erlebt.

Bei Delirien und grosser Unruhe sind ein Eisbeutel auf den Kopf und innerlich Narcotica nothwendig.

Von den vielen Heilmitteln, die gegen das Erysipel einzunehmen empfohlen sind, nenne ich das von vielen englischen Aerzten für ein Specificum gehaltene Eisen. Hamilton Bell sagt, man solle das Eisen so früh als möglich anwenden; damit es aber seine Wirksamkeit entfalten könnte, müssten normale Darmfunctionen vorhanden sein; vor und während des Eisengebrauches wären daher Abführmittel, wenn erforderlich, zu geben. Er gab von der Eisenchlorürtinctur Erwachsenen 2-stündlich 15—20 Tropfen, Säuglingen 2 Tropfen in Wasser resp. Zuckerwasser. Sein Bruder und andere englische Aerzte loben diese Medication und geben auch noch grössere Dosen. Zülzer und Mathey geben Eisenchlorid in schleimigen Vehikeln.

Ol. Terebinth. in Dosen von 8,0—30,0 in Verbindung mit Ol. Ricini, unterschwefligsaures Natron innerlich und äusserlich, Tinct. Aconit., Jodkali, Colchicum, Xylol, Veratrin, Digitalis, Belladonna, Salicylsäure, Natr. salicyl., Magnesia sulfuros., Natrum benzoic., Chinin u. s. w. sind von den verschiedensten Autoren angeblich mit gutem Erfolge angewandt worden, allgemeine Anerkennung und Anwendung haben sie jedoch nicht gefunden.

Durch Pirogoff empfohlen wurde die innerliche Verabreichung von Campher häufig verordnet. Pirogoff nennt die Wirkungen des Camphers «bewunderungswürdig»: trotzdem es die Genesung nicht beschleunige, habe es doch einen günstigen Einfluss auf Temperatur, Puls, Respiration und Sensorium. Er gab den Campher in verschiedenen Dosen, bis zu 1,0 täglich. Andere wollen die von Pirogoff beobachteten günstigen Wirkungen nicht gesehen haben. Immerhin verdient der Campher als eines der besten Mittel bei Schwächezuständen in schweren Fällen angewandt zu werden, namentlich in der Form von subcutanen Injectionen.

Bei der gewiss sehr nahen ursächlichen Verwandtschaft des Erysipels und der septischen Erkrankungen liegt es auf der Hand, dass man auch beim Erysipel den innerlichen Gebrauch von Alcohol, — (in der Form der verschiedenen alcoholischen Genussmittel) — der ja bei septischen Erkrankungen erfahrungsmässig so gute Dienste leistet, anwendet. Auf Grund eigener Erfahrungen kann auch ich den Alcohol in nicht zu kleinen Gaben in allen Fällen, wo nicht stricte Contraindicationen bestehen, angelegentlichst empfehlen.

Die Methoden der localen Behandlung des Hauterysipels in neuerer Zeit lassen sich unterscheiden in a. blutige, b. mechanische, c. medicamentöse.

Kraske und Kühnast machen multiple Incisionen und Scarificationen in die von Erysipel befallenen Hautpartien; Riedel und Classen empfehlen flache, eben blutende Hautschnitte auf den Rand der erkrankten Stellen; nachher wird mit Desinficientien gespült und mit in Desinficientien getränktem Verbandmaterial verbunden (Carbol, Sublimat, Bor, Salicyl etc.). Madelung lobt dieses Verfahren und giebt an, dass er die Scarificationen manchmal sogar wiederholt an einem Patienten ausgeführt hat. Auch Lauenstein äussert sich günstig über die Scarificationen, er macht sie jedoch in den gesunden Grenzbezirken. W. Meyer scarificirt nach Lauenstein in den gesunden Grenzbezirken in sich gitterartig durchkreuzenden Zickzacklinien. Gläser unterzieht die eben geschilderte blutige Behandlung des Erysipel auf Grund theoretischer Erwägungen einer vernichtenden Kritik. Die localen Blutentziehungen durch die Scarificationen könnten nach ihm keinen Einfluss auf die Krankheit ausüben, da dieselben bereits früher schon vielfach angewandt worden und immer wieder als zwecklos aufgegeben seien; die Voraussetzung jedoch, dass durch die Schnitte die Safträume und Lymphgefässe für parasiticide Flüssigkeiten zugänglich gemacht würden, trifft nur für einen kleinen Theil derselben zu.

Die mechanische Behandlung des Erysipels beruht zunächst in der erhöhten Lagerung des erkrankten Körpertheiles, wenn es sich um die Extremitäten oder den Kopf handelt. Auch die locale Application von Kälte (Eis) resp. Wärme (Watteverbände mit oder ohne vorheriges Einfetten oder Pudern) sowie die von Abelin



angewandten heissen Vollbäder im Kindesalter (38—42° C. 15—30 Minuten lang) wären hierher zu rechnen.

Wölfler grenzt die erkrankten Stellen durch sehr genau angelegte Heftpflasterstreifen vom Gesunden ab; gelockerte Streifen müssen sogleich wieder durch neue festanliegende ersetzt werden, — die Streifeu bleiben 4—5 Tage nach Abfall des Fiebers noch liegen, um ein weiteres Fortschreiten resp. Wiederbeleben der Krankheitsprocesse zu verhüten.

Kroell gebrauchte statt der Heftpflasterstreifen in sich geschlossene Kautschuckstreifen, dieselben müssen so angelegt werden, dass 1) das Vordringen des Erysipels verhütet wird und 2) die Circulation in den abgeschnürten Theilen gut erhalten bleibt. Das Verfahren kann nicht angewandt werden bei in proximaler Richtung fortschreitendem Erysipel der Extremitäten und am Stamm. Kolaczek bedeckt das kranke und noch eine Handbreit darüber das gesunde Hautgebiet mit einem in 5proc. Carbollösung getauchten Gummipapier, darüber kommen Watte und feste Binden innig und faltenlos. Nach 24 Stunden wird der Verband erneuert und eventuell vergrössert, wenn ein Fortschreiten des Erysipels bemerkbar wird. — Kolaczek glaubt, dass durch das möglichst vollständige Aufheben der Perspiration ein Theil Ptomaine und Kohlensäure local zurückgehalten werden, die dann dort antibacteriell wirken.

Ein Mittel, dessen Wirkung entschieden auch zum Theil als eine mechanische Beeinflussung der erkrankten Stellen aufzufassen ist, haben wir im Collodium. Dasselbe ist bei den Ehsten geradezu ein Volksmittel und wird «Rosenöl» genannt. Durch eigene Anschauung habe ich mich von seiner Wirksamkeit in leichteren Fällen überzeugen können. Dem Collodium kann zweckmässig Ol. Ricini, Glycerin oder Ol. Terebintha zugegesetzt werden, um es dünnflüssiger und geschmeidiger zu machen.

Parenchymatöse Injectionen von 1—3% Carbollösung längs des Erysipelsaumes von der noch nicht erkrankten Haut aus fand Hueter wirksam; diese Medication wird von vielen Aerzten als die beste und rationellste Behandlung des Erysipel gerühmt. Hypodermatisch sind ferner noch in dieser Weise Sublimat, Salicylsäure, Cocain, Ergotin und Morphium im Gebrauch.

Fessler, Klein, Schadkewitsch u. A. haben von der energischen Anwendung des Ichtyols so gute Resultate erzielt, dass Fessler die Behauptung aufstellt, das Ichtyol könne ein durch Streptococcen verursachtes Erysipel in wenigen Tagen beseitigen und zwar durch directe Vernichtung des Keimes selbst.

Lücke u. A. sahen nach Terpentineinreibungen gute Erfolge; energische oft wiederholte (7—8 Mal täglich) Pinselungen mit Jodtinctur empfiehlt Pirogoff.

Streifen von Blasenpflaster, Aetzungen mit dem Höllensteinstift am Erysipelrande sollen das Weiterkriechen der Krankheit verhindern. Pinselung der erysipelatösen Stellen mit Argent. nitricumlösung haben nach Volkmann stets einen Abfall der Temperatur, nicht selten bis zur Norm, bewirkt; nach 12—36 Stunden steigt aber gewöhnlich die Temperatur wieder an und an irgend einer Stelle zeigt sich eine neue Erkrankung.

Sublimat und Carbol werden auch in Form von Salben als Einreibungen oder als Lösungen zu Compressen gebraucht Tannin mit Campher, Aether und Alcohol (1 : 1 : 10 : 1) als Pinselung, Resorcin (50—80 pCt.) als Fettsalbe, Creolin mit Jodoform und Lanolin (1 : 1 : 10), Ungt. Hydr. ciner. 4,0—15,0 täglich, als Einreibungen, Aq. Plumbi, Burowsche Lösung und Liq. alum. acet. als Compressen habe ich als Heilmittel gegen Erysipel angegeben gefunden.

Auch ich habe gelegentlich das eine oder das andere soeben von mir citirte Verfahren bei der localen Behandlung des Hauterysipels angewandt, ohne jedoch davon befriedigt zu werden. Seit etwa 5 Jahren wende ich den Alcohol (85—95 pCt.), wo die Verhältnisse eine locale Application dieses Mittels gestatten, fast ausschliesslich in der Weise an, dass ich alles Erkrankte mit einer zweifachen Schicht Marly oder mit einer einfachen Schicht Leinwand bedecke und dem Patienten die Verordnung gebe, durch reichlichstes Aufträufeln von Alcohol dafür zu sorgen, dass die Bedeckung stets feucht bleibe. Nach Verbrauch von 1—3 Liter Spiritus ist das Erysipel gewöhnlich abgeheilt. Der Krankheitsprocess bleibt unter der Alcoholbehandlung meist stationär; — Eiterungsprocesse können als Complicationen nicht immer verhindert werden, doch bleiben dieselben begrenzt und heilen nach Incision und Fortschaffung des Eiters namentlich besonders rasch und gut aus, wenn es möglich ist die kranken Stellen täglich mit lauwarmen Kamillenbädern zu behandeln. Gangraen sah ich in den circa 25 Fällen, die ich mit Alcohol zu behandeln Gelegenheit hatte, kein Mal auftreten; ebenso ist mir kein Todesfall unter diesen vorgekommen. Ochsner hat auf die Empfehlung von Behrend den absoluten Alcohol auch beim Erysipel in der Weise angewandt, dass er nach tüchtiger Abreibung der Haut, dieselbe mit Watte bedeckte, die mit Alcohol bis zur Sättigung getränkt war. Die Watte wird in den ersten 24 Stunden halbstündlich, später 3—4-stündlich gewechselt und die Behandlung so lange fortgesetzt, bis alle localen Erscheinungen geschwunden sind.

Salzwedel und v. Langsdorff bedecken die mit Alcohol getränkte Watte resp. Leinwand mit undurchlässigen Stoffen, die stellenweise durchlöchert sind, um eine zu schnelle Verdunstung des Alcohols zu vermeiden. — Salzwedel wendet diese Behandlung auch bei phlegmonösen und ähnlichen Entzündungen mit gutem Erfolg an.

Referate.

N. M. Fursow: Die qualitativen und quantitativen Veränderungen des Blutes bei Leprösen. Dissertation. (Orel. Saizew. 1898. russisch.) (Aus dem pathol.-anatomischen Institut der Kaiserl. Jurjew'schen Universität.)

In dieser unter der Leitung des Prof. W. A. Afonassjew geschriebenen Dissertation giebt Verf. das Resultat der Blutuntersuchungen an 100 Leprösen verschiedenen Alters und verschiedenster Form, die er in den Leprosorien von Dorpat, Wenden und Riga unternommen.

In sehr leichten Fällen d. h. im Anfangsstadium ist die Zahl der rothen Blutkörperchen wie der Hämoglobingehalt normal, mit dem Fortschreiten nimmt die Zahl ab bei 95 pCt. der Leprösen, durchschnittlich um ca. 20 pCt. Oft sieht man dabei Mikrocyten, bei 4 pCt. Poikilocytose und bei 8 pCt. kernhaltige rothe Blutkörperchen. Die Quantität des Hämoglobin nimmt in 85 pCt. der Leprösen ab, durchschnittlich um 14,8 pCt., namentlich bei Lepra nodosa, doch kann ein Parallelismus zwischen Abnahme des Hämoglobingehaltes und Herabsinken der Ernährung festgestellt werden.

Eine Verminderung der Quantität der weissen Blutkörperchen konnte bei 53 pCt. der Leprösen constatirt werden, bei der anästhetischen Form häufiger als bei der Knotenform. Während der Exacerbationen tritt Leucocytose ein. Die Quantität der eosinophilen Zellen nimmt ab, der Procentsatz der neutrophilen fällt in dem Maasse als der Procentsatz der Lymphocyten steigt. Die Quantität der Blutplättchen bleibt bei Lepra normal. Das specifische Gewicht des Blutes ist bei Lepra etwas herabgesetzt und zwar geht die Verminderung parallel mit der Entwicklung der Oligocythämie, tritt jedoch vor Letzterer auf. Auch mit der Verminderung des Hämoglobingehaltes steht die Herabsetzung des specifischen Gewichts in engem Zusammenhang.

Die Alkalicität des Blutes bleibt bei Lepra in den Grenzen der Norm. Lepra-Bacillen findet man selten im Blut,

daher ist Letzteres kein Substrat zur bacterioskopischen Diagnose.

Aus dem Gesagten resultirt, dass sich bei Lepra keinerlei specifische Veränderungen des Blutes constatiren liessen.

Petersen.

Rohleder: Die Anwendung des Naftalan in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis. (Monatshefte f. Dermatologie. Bd. XXVII. № 3.)

Dieses von unserem Landsmann Rosenbaum in Tiflis zuerst empfohlene Präparat, ein Extractionsproduct einer im Orte Naftalan im Kaukasus gefundenen Rohnafta, stellt bekanntlich eine schwarzgrünliche Masse von Salbenconsistenz dar und hinterlässt nach dem Waschen keine Flecken in der Wäsche. Es ist in Wasser und Glycerin löslich. Vf. hat das Naftalan in Kollmann's Poliklinik in 84 Fällen angewandt.

In je 6 Fällen von Ulcus molle resp. induratum gab es keinen Erfolg, desgleichen als 1/10 — 6 proc. Oelsolution bei Urethritis.

Auch bei Balanitis, Intertrigo, Prurigo, Alopecia areata versagte es, dagegen war die Wirkung bei 31 Fällen von Eczem der verschiedensten Formen fast stets eine befriedigende, namentlich war der Erfolg bei professionellen Handeczemen sehr gut. Die Besserung bei Psoriasis erscheint dem Ref. nicht überzeugend, da gleichzeitig Arsen innerlich verordnet worden.

Besserung wurde auch bei Acne, sowohl vulgaris wie rosacea erzielt; jedoch keine Heilung. (Ref. hat in einigen Fällen bei Eczem auch recht gute Erfolge erzielt, sodass das Naftalan sich wohl als verwerthbar erwiesen.) P.

Sophus Bang (Kopenhagen): Die Finsen'sche Lichttherapie. (Monatshefte f. Dermatologie. Bd. XXVII. № 3.)

Die Mittheilung Finsen's über die günstige Wirkung des rothen Lichtes auf Pocken, speciell die interessante Thatsache, dass durch dasselbe das Suppurationsstadium vermieden resp. abgekürzt wird, hat wenig Beachtung gefunden und doch haben wir es augenscheinlich mit nicht unwichtigen Beobachtungen zu thun. Finsen hat innerhalb der letzten 5 Jahre rüstig weiter gearbeitet und ist ihm zu diesem Zwecke im Commune-Hospital in Kopenhagen ein besonderes Cabinet für Photographie eingerichtet worden. B. giebt nun einen kurzen Ueberblick über die Literatur bezüglich der Wirkung des Lichtes, namentlich auf Bacterien und beschreibt dann den Finsen'schen Apparat zur Phototherapie (sowohl mittelst Sonnen- als auch electrischen Bogen-Lichts).

Ausser den rothen auf Pocken wirken auch die concentrirten blauen Strahlen und zwar bei Lupus günstig. Vorbedingung ist jedoch, dass die betreffende Stelle, auf welche man einwirken will, blutleer gemacht werden muss, was durch Druck mittelst Glasplatten erzielt wird.

Zur Wirkung kommen die chemischen Strahlen mit Ausschliessung der Wärmestrahlen.

Bisher sind bereits 140 Fälle von Lupus behandelt worden, darunter «sehr alte» und hartnäckige und bei den meisten Fällen hat man sehr günstige Resultate erzielt. Freilich ist die Behandlungsdauer eine recht lange, bei täglicher Sitzung von 1—2 Stunden wird man kaum vor 4—6 Monaten fertig. Ueber etwaige Recidive kann B. noch nichts sagen. (Bei den bisherigen mangelhaften Erfolgen der verschiedensten Behandlungsmethoden, Exstirpation nicht ausgenommen, darf man auf die weiteren Mittheilungen gespannt sein. Ein von Finsen in der «Semaine médicale», mit Abbildungen vor und nach der Behandlung, veröffentlichter Fall zeigt in der That einen überraschenden Erfolg. Ref.)

Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen

Prof. Dr. A. Eulenburg: Zur Therapie der Kinderlähmungen. Sehnenüberpflanzung in einem Falle spastischer cerebraler Paraplegie (sogenannter Little'scher Krankheit). (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 14. 1898).

Die sogenannte Sehnenüberpflanzung oder richtiger Muskelüberpflanzung zum Zwecke der Functionstheilung und Functionsübertragung bei paralytischen Contracturen nam. der unteren Extremitäten, wie sie von Nicoladoni, Vulpius, Drobnik, Franke in den letzten Jahren zur methodischen Ausbildung gelangt ist, hat bereits recht eclatante Erfolge aufzuweisen gehabt. Die Methode zielt darauf hin, die unversehrte Innervation gesunder und normaler Muskeln zum Theil auf deren functionsunfähige, gelähmte und atrophische Antagonisten zu übertragen und so deren Innervations — und Bewegungsverhältnisse entsprechend zu restituiren. Es geschieht dies in der Weise, dass die zur Transplantation bestimmte Sehne der Länge nach gespalten und der zu transplantirende, mit seinem Muskel in Verbindung gebliebene Theil mit der Sehne des functionell aufzubessernden Antagonisten vereinigt, respective in einen angelegten Schlitz dieser Sehne eingeheilt wird. Es hat nun Eulenburg bewiesen, dass man auch in Fällen von spastischer Kinderlähmung im Stande sei mit Hülfe der Sehnenplastik unzweifelhaften Nutzen zu schaffen, obgleich es sich ja hier um ganz andere Verhältnisse handelt: es gibt hier keine atrophisch entarteten, nicht einmal völlig gelähmte und functionsunfähige Muskeln; es scheint vielmehr hier, wie Eulenburg ausführt, die durch die corticale Erkrankung bewirkte krankhafte Veränderung der von der Rinde ausgehenden regulirenden Innervationseinflüsse, des sog. physiologischen Muskelantagonismus die Hauptrolle zu spielen. Man müsste somit bestrebt sein diese centrale Innervationsanomalie zu beseitigen oder in ausgleichendem Sinne zu beeinflussen; in den meisten Fällen sind es die Flexoren, die sich im Zustande der spastischen Hyperinnervation befinden. Bei einem 4-jährigen Mädchen mit typischer spastischer Gliederstarre, bei der eine hochgradige spastische Pes varo-equinus Stellung der Füsse vorlag, die weder durch Electricität, noch durch passive Gymnastik zu beeinflussen war, versuchte Eulenburg in Verein mit Prof. Sonnenburg den operativen Eingriff. Es musste sich um eine Functionstheilung und Functionsübertragung in dem Sinne handeln, dass die bei der Zwangsstellung des Fusses in spastischer, excessiver Weise innervirten Muskeln dynamisch entlastet und ein Theil der Innervation auf die functionell schwächeren Antagonisten abgelenkt wurde. Das musste durch eine partielle Ueberpflanzung der Achillessehne auf die Sehnen des Peroneus longus und brevis erreicht werden. In Chloroformnarkose wurde die stark gespannte Achillessehne freigelegt, die äussere (peroneale) Sehnenhälfte mit einem Stück des Solens herauspräparirt und von der verbleibenden Sehnenhälfte, die nachträglich durchschnitten wurde, abgelöst. Alsdann wurde bei möglichst übercorrigirter Fussstellung in den vereinigten Sehnen des Peroneus longus und brevis eine schlitzförmige Oeffnung angelegt und in dieser das abgelöste Stück von Achillessehne und Soleus mit den darunter liegenden Muskelbündeln und mit den Rändern des Sehnenschlitzes durch Catgutnähte vereinigt. Nach Anlegung der Hautnähte wurde der Fuss in stark dorsalflectirter und pronirter Stellung durch Gypsverband fixirt. Derselbe wurde nach 2 Wochen entfernt; die Fussstellung blieb gut corrigirt, keine spastische Innervation, Fuss und Zehen in jeder Richtung vollkommen beweglich; bei faradischer Reizung des n. tibialis in der Kniekehle trat eine pronirende Fussbewegung mit Erhebung des äusseren Fussrandes ein — ein Beweis, dass die Functionsübertragung in gewünschter Weise erfolgt war. Das Kind konnte den Fuss bei Gehversuchen viel besser ansetzen und zum ersten Male mit ganzer Sohlenfläche auftreten. Am anderen Fusse wurde dieselbe Operation ausgeführt nur mit der Modification, dass der zurückgelassene Theil der Achillessehne nicht durchtrennt wurde. Der Erfolg war höchst erfreulich: beide Füsse verblieben in gut corrigirter Stellung, waren weich und nachgiebig, zeigten bei activer Bewegung absolut keine Neigung zur spastischen Starre.

Abelmann.

William Macewen: Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Meningitis, Hirnabscess, infectiöse Sinusthrombose. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Paul Rudloff. (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1898).

Das berühmte Buch von Macewen ist schon vor 5 Jahren erschienen; die darin niedergelegte enorme Erfahrung des Autors auf dem Gebiet der infectiösen Gehirnerkrankungen sind z. Th. schon durch die Arbeiten von Bergmann's, Körner's u. A. Allgemeingut auch des deutschen ärztlichen Publicums geworden. Immerhin ist das gesammte Werk in Deutschland nicht so populär geworden wie es zu wünschen wäre und die Veranstaltung einer deutschen Ausgabe muss daher mit Dank begrüsst werden; sie erscheint freilich etwas spät — aber lieber spät als garnicht. Gehört das Buch doch zu den grundlegenden Werken, die ihren Werth auch in Jahrzehnten nicht einbüssen. — Die Uebersetzung ist fliessend, die Ausstattung reich, besonders seien die zahlreichen guten Illustrationen hervorgehoben. Allen Chirurgen, die der englischen Sprache nicht mächtig sind, wird das Buch sehr erwünscht kommen.

Wanach.

Arnold Brass: Atlas der normalen Gewebelehre des Menschen. 2. Auflage. (Braunschweig, Harald Bruhn. 1897).

Jeder wissenschaftlich arbeitende Arzt muss heutzutage ausser theoretischen auch praktische Kenntnisse der mikroskopischen Anatomie besitzen. Ist es ihm nicht möglich, immer unter Controlle eines Lehrers zu arbeiten, so kann er





eines zuverlässigen guten Bilderwerkes, mit dem er seine Präparate vergleichen kann, nicht entbehren. Zu den besten derartigen Werken gehört der Atlas des bekannten Göttinger Histologen Brass. Er enthält auf 60 Tafeln in 670 Einzeldarstellungen das gesammte Gebiet der menschlichen Gewebelehre. Sowohl die Auswahl der Präparate als auch ihre bildliche Wiedergabe lassen kaum etwas zu wünschen übrig. Wir empfehlen das ausgezeichnete Werk allen Aerzten zur Anschaffung.

W.

H. Barbier et G. Ulmann: La Diphtérie. Nouvelles recherches bactériologiques, et cliniques, prophylaxie et traitement. — Les actualités médicales. — (Librairie. J.-B. Baillière et fils. Paris. 1899. Prix 1 fr. 50).

Hiermit haben wir Gelegenheit auf das Erscheinen eines neuen Bandes in der Serie der Monographieen «les actualités médicales» hinzuweisen. Zwei bekanntere französische Kliniker Barbier und Ulmann sind die Verf. vorliegender Monographie.

In den allerletzten Jahren ist die Diphtherie derartig ausgiebig bearbeitet worden, ihre Literatur hat einen Umfang erreicht, wie die keiner anderen medicinischen Frage, so dass es einigermassen schwer wird etwas Neues zu Tage zu fördern. So bilden auch die meisten Arbeiten persönliche Erfahrungen und Beobachtungen der Autoren, welche im Grunde genommen höchst selten einen neuen Gesichtspunkt eröffnen, meistens jedoch bereits bekannte, feststehende Thatsachen bestätigen. Solches müssen wir nun auch von der vorliegenden Monographie über die Diphthérie sagen. Die Arbeit hatte auch nicht den Zweck eine klinische Darstellung der Diphtherie zu geben, sondern die Verf. wollten die am meisten wichtigen Fragen der Erkrankungen auf Grund vorhandener wissenschaftlicher Forschung und ihrer persönlichen Beobachtung eingehender besprechen.

In dem Abschnitte über die Behandlung der Diphthérie wird von Barbier und Ulmann nachdrücklich betont, dass das Heilserum in reinen Diphtheriefällen allmächtig sei, gegen die Mischinfectionen aber absolut unwirksam. Diese letzteren müssten unbedingt durch antiseptische Lokalbehandlung, Gurgeln, Bepinselungen des Rachens, bekämpft werden. Solches sollte stets von Allen im Auge behalten werden, damit nicht Stimmen laut würden, das Heilserum wäre kein Specificum bei Diphtherie.

Hecker.

L. Schenk: Einfluss auf das Geschlechtsverhältniss. Wien und Magdeburg. Verlag von Schallehn & Wollbrück. 1898.

Ausgehend von der Erfahrung, dass bei Pflanzen und niederen Thieren die Ernährung eine hervorragende Rolle spielt für die Erzeugung des Geschlechtes, hat man speciell an Hausthieren Versuche in gleichem Sinne angestellt. Bei kärglich gefütterten Thieren herrscht das männliche Geschlecht vor, bessere Ernährung begünstigt das weibliche Geschlecht. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine gewisse Beziehung zwischen dem Stoffwechsel des Mutterthieres und dem Embryo existirt. Die aus der Nahrung dargestellten Säfte bilden Reize («geschlechtsbildende Reize»), welche vom Mutterindividuum ausgehen und auf das Eichen bestimmend einwirken. Ein Anhaltspunct für die Vorgänge der Verbrennung giebt die Anwesenheit von Zucker und reducirenden Substanzen im Harn Schwangerer. Zu diesem Zweck ist zu dem Nachweise des Zuckers die Phenylhydrazinprobe, zur Bestimmung der ausgeschiedenen Stickstoffmenge das Kjeldahl'sche Verfahren, zur Bestimmung der reducirenden Substanzen die Wägungsmethode von Salkowsky anzuwenden. In den Fällen, wo sich Reste von unverbrannten, zur Wärmeproduction noch befähigten Körpern im Harn zeigen, ist das in Ausbildung begriffene Ei des Weibes nicht so weit vorgebildet, als in den Fällen, wo man im Harn keinen Zucker findet. «Ein derartiges Ei ist nach allen ihm innewohnenden Eigenschaften und Kräften in seinem Protoplasma nicht so vollkommen veranlagt und scheint daher minder geeignet sich zu einem weiblichen Individuum zu gestalten.» Ist die Verbrennung eine vollkommene und findet sich kein Zucker im Harn, so kann sich ein männlicher Embryo bilden. Dazu würde ein zweckmässiges diätetisches Verhalten (Verabreichung stickstoffhaltiger Nahrung) mehrere Monate vor der Befruchtung beginnend, dienen. Der Wunsch, weibliche Neugeborene zu erlangen, bleibt ein Postulat, für welches man keine directen Weisungen geben kann. Dadurch, dass man die Ernährung in oben angedeuteter Weise regulirt, kann dasselbe in eine Lebensphase gelangen, wo es dem Manne gegenüber geschlechtlich überlegen wird, um nach dem Gesetz der Lehre von der gekreuzten Vererbung des Geschlechtes einen männlichen Nachkommen zur Welt zu bringen.

Zum Nachtheil der Uebersichtlichkeit und eines einheitlichen Zusammenhanges sind in der Schrift einzelne Abschnitte lose an einander gereiht ohne vermittelnden Zusammenhang, so dass man sich des Eindruckes nicht erwehren kann, als fehle es hie und da an einer einheitlichen Darstellung.

Lingen.

L. Cohn: Die willkürliche Bestimmung des Geschlechtes. Die bisherigen Forschungen, einschliesslich der Schenk'schen Theorie. Würzburg. Verlag von Staber. 1898.

Verf. fasst in Kürze zusammen, was auf diesem Gebiete gearbeitet und publicirt worden ist. Ueber die «Theorie Schenk» wird ein abfälliges Urtheil gefällt: die Praemissen seien sehr problematischer Natur, die Argumentationen durchaus nicht stichhaltig!

Die aus der grösseren Sterblichkeit und den öfteren Todtgeburten von Knaben auf eine schlechtere Ernährung des männlichen Geschlechts ab ovo gestützten Schlussfolgerungen sind nicht beweisend und damit ist der Erklärung für die Entstehung des männlichen Geschlechts aus schlechterer embryonaler Ernährung der Boden entzogen. Die Beeinflussung des Geschlechtes durch die Ernährung des Embryo ist eine unerwiesene Hypothese. Jedenfalls steht es fest, dass bei den niederen Thieren das Geschlecht entweder im Ei praeformirt oder ausschliesslich durch die Befruchtung bestimmt wird, die Beeinflussung des Geschlechtes ist aber unmöglich. Verf. richtet sich zum Schluss speciell gegen die Hauptthesen Schenk's, er erkennt die Annahme nicht an, dass es Eier verschiedener Stufe der Reife zur Befruchtung giebt, wie Schenk annimmt und hält es für durchaus unerwiesen, dass das weibliche Geschlecht das minder vollkommene, physiologisch inferiore ist, wie Schenk ohne Beweisführung als Thatsache annimmt. Verf. schliesst sein absprechendes Urtheil mit dem Ausspruch, die «Theorie Schenk» sei ganz aus der Luft gegriffen.

Lingen.

Henry Head: Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen, deutsch herausgegeben von Dr. W. Seiffer. Mit einem Vorwort von Geheimrath Prof. Dr. Hitzig. Nebst 124 Holzschnitten und 7 Tafeln. Berlin 1898. Verlag von August Hirschwald. 346 Seiten.

Es ist ein entschiedenes Verdienst des Verfassers, darauf hingewiesen zu haben, dass sich bei den verschiedensten Visceral- und Allgemein-Erkrankungen Veränderungen der Hautsensibilität constatiren lassen und es ist durchaus wünschenswerth diese Thatsache genauerer Beachtung zu würdigen und näher zu studiren. Und dazu bietet das vorliegende Buch, welches Hitzig in seiner Vorrede sehr richtig ein «Nachschlagewerk» nennt, welches nicht zur «Lectüre» bestimmt ist reiches Material. Allen denjenigen Collegen, die sich mit der Untersuchung der Hautsensibilität beschäftigen, wird das vorliegende Buch ein willkommenes Hilfsmittel sein, namentlich sind die beigefügten Tafeln als werthvoll zu bezeichnen.

P.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1273 Sitzung am 9. März 1898.

1. Herr Wanach hält einen Vortrag über:

Resection des Nebenhodens bei tuberculöser Epididymitis.

Die sog. Hodentuberculose beginnt fast immer in dem Nebenhoden im Gegensatz zur Syphilis, deren primärer Satz in der Regel der Hoden ist. Vom Nebenhoden aus breitet sich der tuberculöse Process continuirlich oder sprungweise in zwei Richtungen aus: den Samenkanälchen entlang in den Hoden und durch das Vas deferens zu den Samenbläschen und der Prostata hin. Der Hoden ist nach übereinstimmenden Angaben aus der Bruns'schen Klinik (Dürr) und der Charité (Schröter) in $^2/_3$ der Fälle mitergriffen; doch bezieht sich das auf jene spätere Krankheitsperiode, in der die Kranken zur Operation kommen. $^1/_3$ der Fälle hat eine isolirte Tuberculose der Epididymis. Häufig sind beide Nebenhoden befallen. Die Krankheit betrifft meist Männer in jugendlichem Alter. Es kommen verschiedene Formen der Tuberculose vor: eine bösartige, wo schnell Erweichung und eitriger Zerfall eintritt und der Process schnell fortschreitet, und eine gutartigere, wo sich trockene Käseherde bilden, die durch mächtige Bindegewebswucherung abgekapselt werden und spät zu wenig secernirenden Fisteln führen; diese zweite Form kann Jahre lang stationär bleiben und, wenn auch bei Erwachsenen sehr

selten, spontan ausheilen. Ferner kann die tuberculöse Epididymitis ein rein locales Leiden sein oder zugleich mit relativ gutartigen tuberculösen Erkrankungen anderer Organe (namentlich der Lungen) vorkommen, oder endlich als Theilerscheinung einer allgemeinen Miliartuberculose auftreten.

Bei der letzteren haben wir uns jeden activen Eingreifens zu enthalten. Bei chronisch verlaufender allgemeiner Tuberculose übt die Castration des tuberculösen Hodens oft einen günstigen Einfluss auf den Allgemeinzustand (wie die Amputation tuberculöser Glieder). Wird die Castration vom Kranken verweigert, so ist auch hier ein operatives Eingreifen zu unterlassen (Auskratzung von Fisteln etc.). Dasselbe gilt von den Fällen, wo die rein locale Tuberculose des Nebenhodens und Hodens schnell erweicht und fortschreitet; auch hier ist die Castration der einzige erlaubte Eingriff.

Anders steht es, nach der Ansicht des Vortr., wenn es sich um isolirte Tuberculose des Nebenhodens von langsamem Verlauf bei jungen Individuen handelt. Zwar giebt auch hier die Castration die günstigsten Aussichten auf vollständige Genesung, und sie wird von den meisten Autoritäten als das allein erlaubte Operationsverfahren angesehen. Eine grosse praktische Schwierigkeit liegt aber darin, dass die Castration meist verweigert wird. Vortr. glaubt, dass dann die Resection des Nebenhodens allein, die schon Bardenheuer vorgeschlagen hat, wohl berechtigt ist; sonst müssten wir unthätig den Kranken seinem Schicksal überlassen. Wenn auch partielle Eingriffe von Bruns, Kocher, König u. A. verworfen werden, so ist doch eine dauernde Heilung in den Fällen nicht ausgeschlossen, bei denen der Hoden noch gesund ist. Auf eine ausgedehnte Entfernung der Vas deferens ist auf jeden Fall grosses Gewicht zu legen (Büngner). Vortr. stellt zur Unterstützung seiner Ansicht einen 28 J. alten Mann vor, bei dem vielleicht schon von einem Dauerresultat gesprochen werden kann. Im Juni 1895 wurde ihm der rechte Hoden und Nebenhoden nebst dem ganzen Vas deferens wegen ausgedehnter tuberculöser Erkrankung entfernt und ein tuberculöser Lymphdrüsenabscess in der rechten Leiste und Fossa iliaca ausgeräumt. Pat. wurde gesund entlassen, kehrte aber im Mai 1896 mit einer tuberculösen Erkrankung des linken Nebenhodens, dessen Kopf auf Wallnussgrösse verdickt war, zurück. Da er die Exstirpation des einzigen übrig gebliebenen Hodens verweigerte, resecirte W. ihm den erkrankten Nebenhoden nebst einem Theil des Vas deferens. Die Wundheilung ging glatt von Statten. Seitdem ist der Mann, bei schwerer körperlicher Arbeit, vollkommen gesund. Der linke Hoden ist kaum verkleinert und von elastischer Consistenz, nicht so schlaff und welk, wie es ein atrophischer Hoden ist. Selbstverständlich ist die potentia generandi vernichtet; interessant ist aber die Angabe des verheiratheten Mannes, dass er den Coitus in vollständig normaler Weise, fast jede Nacht ausübt. Vortr. hat zu wenig Erfahrung darüber, ob ein so günstiges functionelles Resultat öfter zu erreichen ist. Immerhin beweist der Fall, dass bei sorgsamer Indicationsstellung die Resection des tuberculösen Nebenhodens zuweilen einen den Arzt und den Patienten vollauf befriedigenden Ausgang haben kann.

(Autorreferat).

(Demonstration des Patienten).

Discussion.

Herr Assmuth kann in prognostischer Beziehung ausser in psychischer Hinsicht keinen Unterschied sehen zwischen einer vollständigen Ablation des Hodens und des Nebenhodens, was jedenfalls radicaler und sicherer ist, als eine partielle Entfernung des Nebenhodens allein. Was die functionellen Resultate anbetrifft, so seien dieselben in beiden Fällen — die Abwesenheit eines 2. Hodens oder Nebenhodens vorausgesetzt — die gleichen; da in keinem Falle Sperma ejaculirt wird, sich die Impotentia generandi gleich, die Impotentia coeundi in der Folge geltend machen muss. Hinsichtlich der Diagnose der tuberculösen Erkrankung des männlichen Sexualapparates ist die Differentialdiagnose zwischen Sarcocele syph. u. Tuberculose leicht. Sehr schwierig kann jedoch unter Umständen die Unterscheidung werden zwischen einer beginnenden Nebenhodentuberculose und den Indurationszuständen nach abgelaufener gonorrhoischer Epididymitis; in späteren Stadien der Tuberculose schützen Fisteln und käsige Abscesse wieder vor der Verwechselung.

Herr Masing räth in solchen zweifelhaften Fällen zu einer diagnostischen Tuberculininjection.

Herr Dombrowski hat früher bei Nebenhodentuberculose stets die Castration ausgeführt, bevorzugt jedoch in letzter Zeit die partielle Resection d. Epididymis u. d. Vas deferens und ist selbst mit den Spätresultaten dieser Operation recht zufrieden. Nur bei Kindern räth er zu einem energischen Handeln, weil es auf ihn den Eindruk gemacht hat, dass eine nicht ausgedehnte Entfernung alles Krankhaften bald zum Ausbruche einer allgemeinen Tuberculose führt.

Dem gegenüber empfiehlt Herr Schmitz für die Hoden- und Nebenhodentuberculose des Kindesalters ein mehr conservatives Verhalten. Auch er hat früher vielfach castrirt, ist jedoch später auf ein weniger eingreifendes Verfahren (scharfe Auslöffelung, Eröffnung käsiger Abscesse, partielle Resection etc.) übergegangen und hat hierbei neben roborirendem Regim völlige Heilungen beobachtet.

In gleichem Sinne spricht sich auch Herr Serck auf Grund eines reichhaltigen poliklinischen Materials aus, da er bei völlig conservativer Therapie völlige Heilungsfälle der Hodentuberculose gesehen hat.

Herr v. Petersen macht auf das häufige Zusammentreffen von Hoden- Nebenhoden- und Samenblasentuberculose aufmerksam, glaubt auch bei dem eben demonstrirten Pat. eine Verdickung der rechten Samenblase constatiren zu können. Bezüglich der Therapie der männlichen Sexualtuberculose befürwortet er neben partieller Resection namentlich die interne Verabreichung des Kreosots.

Herr Wanach. Für eine partielle Resection einer tuberculösen Epididymis bei gesunden Testikeln spricht auch der Umstand, dass im vorgestellten Falle der Hoden nicht atrophire und bei Pat. keine Impotentia coeundi erfolgt ist. Vielleicht wäre hierbei an uns noch unbekannte intraorgane chemische Vorgänge zu denken, die an das Vorhandensein eines Hodens geknüpft sind, auch wenn derselbe sein Secret nicht mehr entleeren könne, sich also ähnlich wie eine Drüse ohne Ausführungsgang z. B. die Thyreoidea verhält. In diagnostischer Beziehung lasse leider die Untersuchung des Sperma im Stich, da dasselbe bei der Tuberculose der Generationsorgane häufig keine Tubercelbacillen enthält, übrigens jedoch wenigstens für Thiere infectiös zu sein scheint.

5) Herr de la Croix theilt dem Verein die Krankengeschichte eines Falles von Lungenabscess mit Sectionsbefund mit.

Pat. 48 a. n. am 15. November 1897 im Peter- Pauls-Hospital in die Abtheilung des Dr. Högerstedt aufgenommen.

Anamnese. Pat. angeblich am 4. November infolge Erkältung an Husten und Fieber erkrankt. Rasche Besserung. Eine Woche darauf erneute Erkrankung mit heftigen Stichen in der rechten Thoraxfläche und starker Husten.

Stat. praes.: leichte Cyanose. Tiefstand der Lungenränder, dieselben überlagern das Herz, Zurückbleiben der rechten Thoraxhälfte bei der Respiration. R. S. U. Dämpfung bis zur 4. R. hinaufreichend. Daneben abgeschwächter Pectoralfremitus u. abgeschwächtes Athemgeräusch mit leicht bronchialem Anklange, sowie leichtes pleuritisches Reiben. Probepunction ergiebt eiterig-seröses Exsudat. R. H. U. keine Dämpfung, normales Athemgeräusch. Sputum reichlich ca. 200 cm. pro die eiterig münzenförmig, übelriechend, frei von Tuberkelbacillen. Uebrige Organe normal. T° durchschnittlich 36,0—37,3 nur bald nach der Aufnahme einmal 37,5.

Bis zum 25. November Befinden zufriedenstellend. Sputummenge wechselnd. An diesem Tage wird im Bereich d. 4. r. R. seitlich rechts Tympanie und amphorisches Athmen constatirt. Am 6. December Probepunction, welche übelriechenden reinen Eiter von Aussehen u. Geruch des Sputum zu Tage fördert.

Klin. Diagn. Pyopneumothorax wahrscheinlich im Anschluss an eine in Zerfall übergegangene bronchiektatische Caverne. — Ueberführung in die chirurgische Abtheilung des Hospitals.

Hier wurde am 8. December von Dr. Korobow die Resection der 6. Rippe ausgeführt.

Beim Durchschneiden der Pleura entleert sich sehr wenig Eiter, bei weiterem Abtasten gelangt der Finger in eine grosse, anscheinend zwischen 2 Lungenlappen belegene, mit Eiter gefüllte Höhle, die gegen die Lungenbasis gerichtet ist und daselbst anscheinend mit einem Bronchialaste communicirt. Entleerung des Eiters, Tamponade und Drainage der Höhle. Anfangs befriedigender Verlauf. Versiegen der Sputumexpectoration und Verschwinden des Foetor ex ore. Jedoch trat schon nach einiger Zeit eine reichliche Eiterproduktion von grüner Farbe auf, daneben Durchfall mit zunehmendem Kräfteverfall. Am 10. Januar Exitus.

Die vom Ref. ausgeführte Obduction ergab: Im mittleren Lappen der rechten Lunge eine apfelgrosse durch Tampons, die mit grünem Eiter durchtränkt sind, ausgefüllte Höhle, deren Wände direct von Lungengewebe gebildet werden. Die Höhle steht mit mehreren Bronchien in offener Verbindung, in ihren freien Theilen ist die Höhle in ihrer Wandung fest mit der Costalwand bindegewebig verwachsen und gegen die übrige Pleurahöhle völlig abgeschlossen. Aus dem Eiter liess sich der Bac. pyocyaneus rein züchten. Im rechten Unterlappen der Lunge mehrere lobuläre Aspirationspneumonien. Des weiteren Atherom der Aorta, Nephritis chronica inc. Dilatation aller Herzabtheilungen, Chron. Colitis, Lungenödem.



In der Epikrise geht Ref. auf die verschiedenen ätiologischen Momente des Lungenabscesses überhaupt ein, und glaubt bei der Lückenhaftigkeit der Anamnese des vorliegenden Falles mit Vorsicht die Veranlassung des Lungenabscesses in demselben in einer fibrinösen lobulären Pneumonie sehen zu dürfen.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretair: Dr. H. Westphalen.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 19. November 1897.

1. Dr. Gilbert verliest seine Mittheilung: «Zur Casuistik der Laparotomie». (Wird veröffentlicht).

2. Dr. A. v. Bergmann referirt über Verhandlungen und Resolutionen der internation. Lepraconferenz unter Vorlegung einer vom Secretariat zusammengestellten Uebersicht der Ergebnisse derselben.

Sitzung am 3. December 1897.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. Mey einen Fall von Herzfehler an einem Kinde, den er für angeborene Stenose des Isthmus Aortae hält. Diese Veränderung könne in der Jugend, so lange das Lumen der Aorta an der stenosirten Stelle den Anforderungen der Circulation noch genüge, symptomlos bleiben, mit dem stärkeren Wachsthum erst werde die Circulation insufficient und trete dann eine Compensation durch Ausbildung eines Collateralkreislaufes durch die Art. mamar. int., thoracica longa, intercostalis etc. ein, womit die Affection unter Berücksichtigung der Verstärkung des 2. Aortentones diagnosticirt werden könne. Vortr. bespricht eingehend die differentielle Diagnose gegenüber angeborenen Septumdefecten etc.

Dr. Hampeln, der den Fall ebenfalls untersucht hat, stimmt der Diagnose des Vortr. bei und erwähnt noch, dass die beiden Hauptsymptome dieser Erkrankung, die Ausbildung eines Collateralkreislaufes und die Verstärkung des 2. Aortentones, die von der Theorie als Consequenz dieser Circulationsstörung gefordert würden, nicht immer in vivo objectiv nachgewiesen werden könnten. Der Collateralkreislauf könne, wie ein Fall aus der Literatur zeigt, dem Nachweise während des Lebens entgehen, sei jedoch auch dort bei der Obduction gefunden worden. Die Verstärkung des 2. Aortentones sei nur bei mangelhafter Ausbildung des Collateralkreislaufs theoretisch unbedingt erforderlich. Es spräche also eventuell auch das Fehlen dieser beiden Symptome nicht unbedingt gegen die Diagnose. Ueber die am Rücken vernehmbaren Geräusche enthalte die deutsche Litteratur, soweit ihm bekannt keine Angaben, wohl aber enthalte die englische einige Arbeiten darüber.

2. Dr. Buchholz stellt ebenfalls einen Fall von Vitium cordis bei einem Kinde vor. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Offenbleiben des Septum ventric. oder der Ductus Botalli, oder Combination von Pulmonalstenose mit offenem Ductus Botalli.

Dr. Hampeln, der den Ausführungen des Vortr. beistimmt, fügt hinzu, dass nur die hochgradigen Pulmonalstenosen mit Fortbestand des Lebens unvereinbar seien, Stenosen geringeren Grades könnten wohl einige Zeit hindurch ertragen werden. Bei Abwesenheit von Abnormitäten des Septum oder Ductus Botalli spräche die Verstärkung des 2. Pulmonaltones gegen Pulmonalstenose. Geräusche brauchten bei offenem Ductus Botalli nicht mit Nothwendigkeit vorhanden zu sein.

Dr. O. Klemm glaubt eine Verstärkung des 2. Pulmonaltones oft bei anämischen Kindern auch bei normalem Herzen constatiren zu können.

Dr. Hampeln: Zwischen solchen scheinbaren Verstärkungen und den actuellen Verstärkungen bei organischen Läsionen sei zu unterscheiden; erstere seien nicht so eclatant.

Dr. Deubner macht auf den physiologischen Unterschied zwischen Herz- und Gefässtönen aufmerksam; die letzteren seien an sich schon accentuirter.

Auf Dr. O. Klemm's Frage, wieso man bei einem wirklich stärkeren Hörbarwerden des 2. Pulmonaltones von einer «scheinbaren» Verstärkung reden könne, erklärt Dr. Hampeln, er verstehe darunter solche Fälle, in denen bei Abwesenheit einer organischen Läsion die stärkere Vernehmbarkeit des 2. Pulmonaltones auf einer besseren Fortleitung bezw. einem ausgiebigeren Schwingen der Klappensegel beruhe.

3. Dr. v. Bergmann demonstrirt:

a) Einen Kranken (8-jährigen Knaben), bei welchem wegen Ileus durch Axendrehung einer Ileumschlinge und abgeschnürtes Meckel'sches Divertikel die Laparotomie gemacht und 78 cm. Dünndarm resecirt wurden, wobei bei Vereinigung der Darmenden der Murphyknopf zur Anwendung kam. Heilung.

b) Das Präparat einer Gastroenteroanastomose, welche einem 68-jährigen Manne in der Annahme einer carcinomatösen Darmocclusion mit dem Murphyknopf gemacht worden war. Exitus 12 Stunden post oper. Vortr. demonstrirt zunächst das Präparat in situ, darauf nach Entfernung des Knopfes, wo sich schon an einigen Stellen leichte peritoneale Verklebungen zeigen.

c) Einen grossen rechtsseitigen Hydronephrosensack, der einem 34-jährigen Manne durch Lumbalschnitt entfernt worden war.

4. Dr. Krannhals demonstrirt:

a) Ausführlichere Mittheilung sich vorbehaltend, das Präparat des 2. Kranken von Dr. v. Bergmann. Es hatte sich bei der Autopsie eine colossale Fettnekrose des Pankreas vorgefunden. welche durch Verlöthung und Druck die Occlusionserscheinungen verursacht hatte.

b) Eine symmetrische Geschwulstbildung beider Ovarien. Es sei gleichzeitig ein Magentumor vorhanden gewesen, so dass die Annahme eines Carcinoms wahrscheinlich erscheine. Auch sei die mikroscopische Untersuchung noch nicht abgeschlossen.

Dr. v. Bergmann bemerkt, dass der Fall von Gastroenteroanastomose klinisch in vieler Beziehung von dem gewöhnlichen Bilde der Pankreastumoren abweiche; einmal durch seine rechtsseitige Lage, ferner durch die eclatanten Occlusionserscheinungen. Bei der Operation musste die Aussaat von Knötchen auf dem Peritoneum den Verdacht eines Carcinoms nahelegen, den er auch gegenwärtig noch nicht fallen lasse.

Dr. Krannhals giebt die Möglichkeit des Carcinoms zu, auch hier sei die mikroscopische Untersuchung noch nicht gemacht.

Dr. med. H. Schwartz,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Am 11. September starb der Prof. emer. der Gynäkologie an der militär-medicinischen Akademie K. F. Slawjansky. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Sept. d. J. 7548 (135 mehr als in d. Vorw.), darunter 675 Typhus — (28 mehr), 811 Syphilis — (0 mehr), 134 Scharlach — (26 mehr), 133 Diphtherie — (21 mehr), 12 Masern — (2 wen.) und 4 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.
Für die Woche vom 6. bis 12. September 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
347	278	625	152	45	98	16	8	25	48	61	40	50	47	21	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 2, Scharlach 13, Diphtherie 22, Croup 1, Keuchhusten 18, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 0, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 98, Todtgeborene 29.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. Sept. 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. September 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28 кв. 14.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Schwester **Const. Schmidt**, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв ценз. Спб. 19 Сентября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 39 St. Petersburg, 26. September (8. October) 1898

Grundsätze für die Behandlung der Tuberculose der Knochen und Gelenke.

Von

Dr. med. Paul Klemm,
Riga.

(Vortrag, gehalten in der Versammlung livländischer Aerzte in Wolmar, August 1898.)

Es ist durchaus geboten, wenn der Arzt in der Behandlung eines so schwierigen, das Individuum in persönlicher und socialer Beziehung so schwer heimsuchenden Leidens, wie es die tuberculöse Erkrankung der Knochen und Gelenke darstellt, von Zeit zu Zeit Halt macht und Rückschau hält auf das, was er im Lauf der Jahre erlebt, geleistet und gefehlt, dieses mit den Erfahrungen Anderer vergleicht und so im Austausch des gemeinsam Erfahrenen neue Ausblicke für die Therapie gewinnt und alte Pfade, die sich nicht bewährt haben, verlässt.

M. H.! Ars longa, vita brevis! ich will mich daher kurz fassen und mit dem, was ich zu sagen habe, gleich beginnen.

Da auf dem weiten Gebiete der tuberculösen Erkrankungen der Gelenke die therapeutischen Gesichtspuncte sich verschieden gestalten, je nachdem sie für Kinder oder Erwachsene gelten sollen, erlaube ich mir bei meiner heutigen Mittheilung nur die tuberculösen Erkrankungen am wachsenden Skelett des Kindes in den Kreis meiner Betrachtung zu ziehen, diejenigen des erwachsenen Individuums aber unberücksichtigt zu lassen.

Ehe ich mich an die Besprechung der Indicationen für die mannigfachen therapeutischen Encheiresen mache, weise ich zuvörderst auf einen Punct hin, der mir bei der Behandlung des genannten Leidens von der grössten Wichtigkeit zu sein scheint — es ist das die sociale Seite der Frage. Die Knochentuberculose ist ja wie bekannt eine Krankheit von exquisit chronischem Character, die sich unter zeitweiliger Verschlimmerung und dann wieder eintretender Besserung häufig über Jahre zu erstrecken pflegt. Wenn auch eine Zahl von Fällen bei unzweckmässiger, häufig auch bei gar keiner Behandlung ausheilt, so sind die betroffenen Gelenke oft in ganz unbrauchbarer Stellung fixirt, so dass trotz der Genesung für den Kranken, sowie für die Umgebung desselben nicht viel dabei gewonnen ist. Daraus lässt sich erkennen, welche Qual ein derartiger Kranker im Hause des armen Mannes bedeutet, der von seiner Hände Arbeit zu leben gezwungen ist. In Krankenhäusern werden dieselben ja auch nicht in Permanenz d. h. bis zur völligen Genesung untergebracht werden können, so dass die häusliche Behandlung doch immer für eine grosse Zahl der Fälle eine sehr wichtige Rolle spielen wird. Alle die wichtigen Factoren in der Tuberculosentherapie, über die der besser Situirte zu gebieten vermag, wie frische Luft, reinliches, sauberes Lager, zweckmässige Kost, Arznei, Stützapparate, corrigirende Verbände etc. etc., sie sind dem Armen oft unerschwinglich.

Es ist daher durchaus zu verstehen, dass die practischen Engländer für die Behandlung von Kindern mit Tuberculose der Knochen und Gelenke Institute errichtet haben, die nur der Aufnahme derartiger Kranken dienen. Wie wünschenswerth bei uns solche Anstalten wären, darauf komme ich noch zurück! So lange wir aber solche Einrichtungen noch nicht besitzen, ist es unerlässlich, dass wir die Hilfsmittel, die uns zu Gebote stehen, mit aller Energie gegen die Tuberculose ins Feld führen.

Man hört heut' zu Tage oft die Bemerkung, die Zeiten der Haus- und Familienärzte wären vorüber; es giebt ja fast für jedes Organ einen desbezüglichen Specialisten, den zu citiren im gegebenen Fall viel einfacher und erspriesslicher ist. M. H. ich gehöre nicht zu denjenigen, die diese Anschauung theilen; ich halte das alte ehrwürdige Institut der Hausärzte für einen grossen Segen, der sich gerade darin äussert, dass im engen Zusammenleben der Arzt mit den Anlagen und Neigungen, mit Erworbenem und Ererbtem seiner Schutz-

befohlenen vollständig vertraut wird und seinerseits meist das unbedingte Zutrauen seiner Clientel geniesst. Wie die grosse Zahl der Begüterten ihre Hausärzte hat, so finden die minder Wohlhabenden in den Armenärzten häufig genug Männer, die an ihrem Wohl und Wehe mit Rath und That den regsten Antheil nehmen. Der Mitarbeiterschaft dieser Aller können wir im Kampfe gegen die Tuberculose nicht entrathen. Die Anfänge jener Knochen- und Gelenkleiden bekommen meist die Haus- und Armenärzte zuerst zu sehen, so dass es in ihrer Hand liegt, wie sich der weitere Verlauf gestaltet. Sowie der Arzt den Verdacht einer tuberculösen Erkrankung eines Gelenkes hat, handele er zielbewusst und energisch. Er spreche mit den Eltern und stelle ihnen vor, dass eine Affection vorliegt, die oft einen jahrelangen Verlauf hat, er schildere ihnen, wie sich die Behandlung gestalten wird, dass Bettruhe mit Gyps- und Apparatbehandlung wechseln wird, dass bei Nichtbefolgen der ärztlichen Vorschriften schlimme Folgezustände, die eingreifende Operationen nach sich ziehen können, eintreten werden etc. Wir sehen es ja, dass bei der Behandlung der Lungentuberculose die meisten Kranken sofort wissen, dass dieselbe zu ihrer Besserung einer jahrelangen Therapie bedarf, ja dass oft das ganze weitere Leben in Rücksicht auf jene Erkrankung zu gestalten sei. Für die Behandlung der gleichartigen Krankheit der Knochen wäre schon viel gewonnen, wenn sich im Laienpublicum dieselben Anschauungen verbreiten würden.

Ich habe es mir seit längerer Zeit zur Regel gemacht, in diesem Sinne zu handeln und bin damit zufrieden. Mir passirte es früher oft, dass, wenn ich ein Coxitiskrankes Kind eingypste und mit der Weisung nach Hause schickte es nach einigen Wochen wieder zu präsentiren, die Mutter der Ansicht war, das Kind müsse jetzt genesen sein und die Einwilligung zu weiteren Verbänden versagte — jetzt sind solche Vorkommnisse seltener und je mehr mein Material an tuberculösen Knochenleiden wächst, desto öfter erlebe ich die Freude, dass die Eltern die Behandlung in dem von mir vorgeschlagenen Sinne befolgen und sich im Laufe der Monate immer wieder vorstellen, um sich für die nächste Zeit Rath zu holen.

Ich möchte nun in ganz cursorischer Weise jener therapeutischen Hülfsmittel Erwähnung thun, die sich mir im Kampfe gegen die Tuberculose bewährt haben.

Wir müssen die «locale» Behandlung von der «allgemeinen» unterscheiden.

Bei der Ersteren können wir folgende Methoden namhaft machen:

1) die mechanisch-orthopädische Behandlung;
2) die medicamentöse Behandlung;
3) die operative Behandlung.

Auf dem Gebiete der localen Therapie haben die Anschauungen bis auf den heutigen Tag heftige Schwankungen durchgemacht; auf der einen Seite die Frühresection, auf der anderen die Verkündigung der Lehre, dass jede Gelenktuberculose bei zweckentsprechender orthopädischer und medicamentöser Therapie ausheile und jeder operative Eingriff ein Fehler sei. Welche schroffen Gegensätze! Augenblicklich haben sich dieselben etwas ausgeglichen, doch noch immer zählt die conservative Richtung Fanatiker, die sich besonders in der Construction allerhand complicirter Maschinen gefallen, denen zu Liebe die Krankheit so lange conservativ behandelt wird, dass es für einen chirurgischen Eingriff oft zu spät ist. Wohl nirgend hat der Fanatismus mehr geschadet als auf diesem Gebiet, ohne ihn hätten wir gar nicht Parteigänger der einen oder anderen Methode, sondern man hätte den Indicationen, wie sie eben vorlagen, Rechnung getragen, denn wohl kein anderes chronisches Leiden verlangt ein so streng individualisirendes Vorgehen, wie die Gelenktuberculose. Es ist deshalb im höchsten Grade widersinnig dieser oder jener Richtung in der Therapie einseitig anzuhängen. Der objective Arzt wird eben dasjenige Mittel aus seinem Therapieschatz wählen, welches im gegebenen Augenblick am meisten geeignet erscheint, die Erkrankung zu bekämpfen.

Für die Hospital- und Armenpraxis kommt es darauf an ein Verfahren auszubilden, welches mit den geringen Mitteln der armen Bevölkerung rechnet, leistungsfähig ist und den Arzt in den Stand setzt, unabhängig vom Bandagisten und Instrumentenmacher die Kranken zu versorgen.

Im Beginne jeder tuberculösen Gelenkerkrankung besteht als wichtigste Indication die Immobilisirung des erkrankten Gelenkes.

Folgende Mittel stehen uns dazu zu Gebote:

1) Die Fixirung durch erhärtende Verbände resp. Maschinen.
2) Die Extension.

Ferner kann die Immobilisirung in Ruhelage erfolgen oder es besteht die Absicht den Kranken der Bewegung in frischer Luft nicht zu berauben, so dass Maschinen der verschiedensten Construction zur Anwendung gelangen können, die beiden Anforderungen gerecht werden sollen. Man ist in letzter Beziehung entschieden viel zu weit gegangen. Es ist eine förmliche Industrie entstanden, die den medicinischen Markt mit einer grossen Menge derartiger Instrumente überschwemmt, die alle mehr oder weniger kostspielig sind und dem Haupterforderniss, der absoluten Ruhigstellung im Herumgehen, doch nicht genügend entsprechen. Meiner Meinung nach ist überhaupt die Gefahr, die den tuberculösen Gelenkkranken aus der Ruhelage mit fixirtem Gelenk erwachsen soll, sehr übertrieben worden. Ich habe stets gefunden, dass ein Kind, dem ich z. B. wegen Coxitis sein Hüftgelenk festgestellt habe und in der Horizontallage halte, deswegen nicht weiter herunterkommt; im Gegentheil sowie die Schmerzen durch Fixirung des kranken Gelenkes schwinden, hebt sich meist der Allgemeinzustand. Ich stelle mir vor, dass die Ruhelage und das Umhergehen nicht nach der grösseren oder geringeren Leistungsfähigkeit der Maschinenindustrie zu beurtheilen ist, sondern dass es bestimmte Indicationen für beide giebt, denen zu entsprechen der Arzt sich bemühen muss. Bei jedem beginnenden Gelenkleiden, wo zunächst nur Schmerzhaftigkeit ohne Contracturstellung besteht, gypse ich ein und lasse den Kranken liegen. Im Sommer kann er natürlich ins Freie gebracht werden und hier einen Theil des Tages zubringen. In diesem Stadium verwerfe ich Gehapparate. Erst wenn die Schmerzhaftigkeit nachgelassen hat, wovon man sich am besten überzeugt, wenn man kleine, kurze Stösse gegen das Glied in der Richtung der Achse desselben ausführt, verwandele ich den Liegeapparat in einen solchen zum Gehen, indem ich dem Gypsverband unten einen Trittbügel hinzufüge. Ist der Kranke so eine Zeit lang schmerzfrei gegangen, besteht kein Fieber, keine Schwellung und keine Abscedirung, so mache ich ihm einen abnehmbaren Stützapparat aus Celluloid mit Sitzring unter dem Tuber ischii und Trittbügel, der den grossen Vorzug hat, dass er leicht ist, genau passt und nicht zu theuer ist. Mit diesem geht der Pat. nun so lange bis sich die Affection völlig bessert oder andere Zufälle auftreten, die einen diesbezüglichen Eingriff verlangen.

Von der Extension mache ich nur Gebrauch, um perverse Stellungen auszugleichen; es ist dieses die schonendste Methode, die fast ausnahmslos zum Ziele



führt. Ein mannelles Redressement, auch ein schonendes verwerfe ich ganz, da hierbei immer die Gefahr der generalisirten Tuberculose im Hintergrunde lauert. Ich habe es zwei Mal erlebt, dass selbst nach höchst delicater Anlegung eines Extensionsverbandes sich unmittelbar daran miliare Tuberculose schloss, die die Kranken dahinraffte. Das ist auch der Grund, weshalb ich die mehr oder weniger forcirte Geraderichtung des tuberculösen Buckels verwerfe. Wir sollen im Beginne einer Spondylitis tuberculosa die Bildung eines Gibbus durch zweckentsprechende immobilisirende Behandlung im Gipsbett, Phelps'schen Stahlbett etc. zu vermeiden oder richtiger gesagt, ihn auf das kleinste Maass zu beschränken suchen. Ist derselbe aber erst einmal vorhanden, so wollen wir über die erfolgte Heilung froh sein und den Patienten späterhin durch vernünftigen Zuspruch mit der Difformität auszusöhnen suchen. Unter den sonstigen mechanischen Hülfsmitteln könnte ich noch die Compression, die venöse Stauung nach Bier und die Massage anführen.

Die erstere ist sicher eine sehr wirksame Unterstützung bei den immobilisirenden Verbänden; ferner habe ich von ihr bei den hydropischen Gelenkergüssen der Tuberculose einen ergiebigen Gebrauch gemacht und kann sie bestens empfehlen, da es mir ausnahmslos gelungen ist, den Erguss durch Compression zum Verschwinden zu bringen und ein blutiger Eingriff kein Mal erforderlich war. Ich benutze zur Compression dicke Filzstreifen, die auf die geschwollenen Gelenke mit Flanellbinden angewickelt werden. Selbstverständlich wird geschient und hochgelagert.

Ueber die Resultate der Behandlung mit Massage und Stauung fehlt mir die persönliche Erfahrung, da ich beide nicht angewendet habe. Die Massage aber darf sicherlich nur in ganz abgelaufenen Fällen mit der grössten Vorsicht unter beständiger Controlle des Arztes ausgeführt werden. Durch eine kritiklose Anwendung derselben wird sicher mehr geschadet als genützt.

Unter den mannigfachen medicamentösen Injectionen erfreut sich des besten Rufes das Jodoform, gewöhnlich in Form einer 10 proc. Suspension in Glycerin gegeben. Auch hier kommt es darauf an, die Indication für eine derartige Injectionsbehandlung, die passender Weise mit Immobilisation combinirt werden kann, aufzustellen. Man muss vor Allem wissen, ob man die tuberkulösen Heerde auch wirklich mit dem Medicament in Berührung bringen kann; es ist in dieser Beziehung durchaus verschieden, ob wir es mit geschlossenen Heerden in den Gelenkepiphysen zu thun haben, oder ob käsig-tuberkulös-eitrige Schmelzungen in Form intra- resp. extraarticulärer Processe bestehen. Meiner Erfahrung nach ist das Gebiet der Jodoformbehandlung hauptsächlich auf letztere Zustände auszudehnen. Ich setze den Fall es liegt eine tuberculöse Coxitis oder Gonitis vor, die die Gelenkkapsel intact lassend, sich nur in Schmerz, Contracturstellung und behinderter Function zeigt. Wobin sollen wir unseren Jodoformglycerinstrahl in solchem Falle richten? Angenommen wir dringen auf die druckempfindlichen Knochenpuncte ein, treffen wir die Heerde und gelingt es überhaupt Flüssigkeit in das starre, wenig nachgiebige Gewebe einzutreiben? Ebenso geht es mit dem Schulter- und Ellenbogengelenk. Ausnehmen möchte ich den Carpus der Hand und den Tarsus des Fusses. Die schwammigen, meist erweichten kleinen Knochen lassen die Injectionsnadel leicht eindringen und ausserdem verbreitet sich der Process hier ja leicht auf die buchtigen Synovialsäcke zwischen den einzelnen Knochen. Ich habe in derartigen Fällen durch Injection und folgende Eingypsung, sogar bei Erwachsenen gute Resultate erzielt. Am besten aber wirkt das Mittel bei tuberculöser Eiterung, entweder innerhalb der Gelenke oder in Form von Senkungsabscessen. Ich lasse den käsigen Eiter entweder durch einen starken Troicart ab, wasche mit Borsäure aus und injicire das Medicament — die Stichöffnung schliesse ich durch eine Naht — oder ich schneide breit auf. Letzteres Verfahren ziehe ich bei Senkungsabscessen vor, besonders bei solchen, die von der Wirbelsäule ausgehen. Die Membran und die Knochensplitter werden entfernt, die Höhle wird ausgewachsen, Jodoformglycerin eingegossen und vernäht. Gelegentlich tamponire ich primär mit Jodoformgaze und injicire und nähe secundär. Bisweilen erfolgt prima intentio, oft aber bleibt eine Zeit lang eine Fistel bestehen, die sich aber meist im weiteren Verlauf bei Jodoformbehandlung schliesst. Tuberkulöse Gelenkerkrankungen mit fistulösen Durchbrüchen, so z. B. am Hüftgelenk, indiciren meist sofort die Operation, oft führt eine Jodoforminjectionsbehandlung zum Ziel. Ich habe eine Reihe von Spondylitisfällen, die mit fistulösen Durchbrüchen in der Gegend der Glutaeen und Oberschenkel behaftet waren, bei Jodoform ausheilen sehen. Ich möchte daher die Jodoformtherapie innerhalb der eben skizzirten Grenze nicht missen, da ich sie für einen wichtigen Factor in der Tuberkulosenbehandlung halte und empfehle sie den Collegen warm.

Ueber die anderen, vielfach empfohlenen medicamentösen Injectionen, wie z. B. die Carbolsäure, Zimmtsäure, den Perubalsam, die méthode sclérogène von Ollier etc. etc. fehlen mir eigene Erfahrungen.

Welches sind nun die Fälle, die einen chirurgischen Eingriff nöthig machen? Es ist nicht leicht, diese Frage mit kurzen Worten abzumachen, da die Verhältnisse eigentlich für jedes Gelenk verschieden liegen. Im grossen Ganzen kann man sagen, dass sowie die conservirende Therapie nicht zum Ziele führt, man sich desto eher zum Eingriff entschliessen wird je weniger die Gefahr vorliegt die Mechanik des Gelenkes oder das Wachsthum des Gliedes zu beeinträchtigen. Es giebt freilich ja noch eine Reihe von Umständen, die uns das Messer in die Hand zwingen ohne die Berücksichtigung jener zwei Puncte zu gestatten. Isolirte Tuberkelheerde, sowie die Tuberculose kleiner Knochen, der Hand, der Finger, der Zehen, des Fusses, der Rippen etc. behandelt man lieber gleich operativ, indem entweder der ganze befallene Knochen entfernt wird oder man schabt das Tuberkulöse mit dem scharfen Löffel fort und lässt die Jodoformtamponade oder die Jodoformglycerininjection folgen. Typische Resectionen sind womöglich zu vermeiden. Besonders am Fuss, beim Fungus tarsi könnte man sich eher zu atypischen Eingriffen entschliessen, da diese die Gehmechanik nicht tangiren und keine Wachsthumsstörungen zur Folge haben.

So lange eine Coxitis ohne Fieber verläuft, so lange die Patienten nicht herunterkommen, soll eine Operation unterbleiben; Fisteln allein genügen nicht zur Begründung derselben. Erst wenn das Allgemeinbefinden zu leiden beginnt, wenn die Kranken zu fiebern anfangen, wenn der Verdacht einer Mischaffection vorliegt oder die Affection den Character einer schweren Zehrkrankheit anzunehmen droht, soll die Operation stattfinden. Hier ist die typische Resection die einzig richtige Methode, da sie die beste Uebersicht und damit die leichteste Entfernung alles Kranken gewährt. Da das Wachsthum hauptsächlich an der unteren Epiphyse des Femur stattfindet, ist eine Wachsthumshemmung nicht zu befürchten.

Am längsten conservativ soll das kindliche Kniegelenk behandelt werden, da hier durch Verletzung der Epiphysengrenzen die schwersten Wachsthumsstörungen restiren können; sind wir aber doch gezwungen zu ope-

riren, so soll womöglich eine typische Resection unterbleiben. Ich schneide mit Textor'schem Bogenschnitt das Gelenk auf, entferne mit starkem Messer ganz dünne Knorpelscheiben und löffele etwaige Knochenheerde aus. Bewegliche Gelenke strebe ich principiell weder im Knie noch in der Hüfte an, ich bin zufrieden wenn Ankylose eintritt, damit die durch das Gehen bedingte mechanische Reizung etwaiger latenter Knochenheerde fortfällt. Dass para- und intraarticuläre tuberculöse Eiterung, sowie Senkungsabscesse durch Schnitt resp. Function entleert werden sollen, sagte ich schon. Leider wird auch die heutige Zeit die Amputation nicht ganz umgehen können, sondern sie in ganz traurigen Fällen als letztes Mittel zur Rettung heranziehen müssen.

Alle Welt ist darin einig, dass bei der kindlichen Skelettuberculose die Allgemeinbehandlung eine sehr wichtige Rolle spielt. Frische Luft, gute Nahrung, verschiedenartige Bäder, Aufenthalt am Meeresstrand etc. werden auf das Lebhafteste empfohlen, doch ob Alles dieses auch angewendet wird, darüber ist wenig bekannt. Das Publicum, besonders das ungebildete hält von all' diesen Dingen nicht viel; ein gut verschriebenes Recept wirkt mehr als der ganze Kram von Bädern, frischer Luft etc. Als Ideal für die Behandlung der Tuberculose wäre die Gründung von Sanatorien anzusehen, die theils an der Meeresküste, theils auf dem Lande in waldreicher Gegend gelegen nur für die Aufnahme von Kranken mit sogenannter chirurgischer Tuberkulose dienen sollten. In derartigen Instituten würde die Tuberkulose hauptsächlich conservativ-orthopädisch mit Zuhülfenahme der oben genannten physikalischen Heilfactoren behandelt werden; grössere Operationen, wie Resectionen, Arthro- und Arthrectomien sollen hier nicht unternommen werden, zu diesem Zweck werden die Kranken in die Stadt in Krankenhäuser gebracht, die sie, sobald es ihr Zustand erlaubt, wieder mit dem Sanatorium vertauschen. Dieselbe Forderung, die mit Recht überall für die Lungentuberkulose aufgestellt ist und die auch hier zu Lande auf Anregung von Prof. Dehio practisch in Angriff genommen worden, sollte auch für die chirurgische Tuberculose ihr Recht finden. Die Anschauung, dass auch diese Erkrankung allgemeiner Natur ist und zu ihrer wirksamen Bekämpfung einer Reihe von Factoren bedarf, wie sie im Betriebe auch des besteingerichteten Krankenhauses nicht zu finden sind, wird sich hoffentlich in immer weiteren Kreisen Bahn brechen, dann wird die Anlage von Sanatorien als eine ganz natürliche Consequenz erscheinen und damit der Tuberkulosetherapie der allein wirksame Boden gegeben sein, auf dem sie prosperiren kann. Dass solche Ideen schon jetzt anfangen Früchte zu tragen, lehrt die Thatsache, dass im Herbst dieses Jahres am Riga'schen Strande ein Sanatorium eröffnet wird, das hauptsächlich der Behandlung dieser Kranken dienen soll. Der privaten Wohlthätigkeit steht hier noch ein weites Feld offen, auf dem sie zum Wohl der grossen Zahl von Kindern, die an Erkrankungen der Knochen und Gelenke leiden, wirken kann. Wir werden uns natürlich vor allem übertriebenem Enthusiasmus und Optimismus in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose zu hüten haben aber das sollen wir erstreben, dass der Theil jener Kranken, der zur Heilung gelangt, brauchbare Glieder erhält und nicht, wie das noch jetzt oft geschieht, zu Krüppeln wird, die die Kranken- und Siechenhäuser bevölkern und so dem Staat und der Commune zur Last fällt.

Zum Schluss hebe ich folgende Thesen hervor:

1) Es ist von höchster Wichtigkeit schon im frühsten Stadium die Gelenktuberkulose zu diagnosticiren.

2) Die wichtigste primäre Behandlung besteht in absoluter Ruhigstellung in Gypsverband und Bettruhe.

3) Bei Rückgängigwerden der Symptome kann die Gypshülse in einen Apparat zum Gehen verwandelt werden.

4) Mit fortschreitender Besserung werden abnehmbare Hülsen-Stützapparate benutzt.

5) Jedes manuelle Redressement etwaiger abnormer Stellungen involvirt eine nicht controllirbare schwere Gefahr für den Kranken.

6) Es ist widersinnig Partheigänger der conservativen oder operativen Therapie zu sein; dieses hängt nicht vom Geschmack des Arztes, sondern vom Befinden des Kranken ab, der für sein erkranktes Glied, je nach dem Zustand desselben, verschiedenfacher therapeutischer Eingriffe bedarf.

7) Jodoforminjectionen sind ein sehr empfehlenswerthes Mittel, falls es gelingt das Medicament in Berührung mit dem Erkrankten zu bringen.

8) Tuberkulöse Eiterungen erfordern die Entfernung des Eiters entweder durch Punction oder Schnitt mit folgender Jodoformbehandlung.

9) Die Operation tritt in ihr Recht, falls Fieberbewegungen auftreten oder Eiterung, bedingt durch Progredienz der tuberkulösen Processe oder Mischinfection den Kranken zu schwächen drohen.

10) Typische Resectionen sind, mit Ausnahme am Hüftgelenk zu vermeiden; Arthro- und Arthrectomie sowie locale Exstirpation sind, wo thunlich, vorzuziehen.

11) Der Bildung fester Ankylosen ist im Princip vor intendirter Beweglichkeit der Gelenke der Vorzug zu geben.

12) Die Allgemeinbehandlung ist ein hochwichtiger Factor in der Tuberkulosentherapie.

13) Die idealste Forderung für eine leistungsfähige Behandlung der chirurgischen Tuberkulose besteht in der Gründung von Sanatorien, die in der Mitte zwischen Feriencolonie und Krankenhaus stehend, das ganze Jahr über geöffnet sind und ausschliesslich der Fürsorge für Tuberkulöse dienen.

Referate.

A. Schmitt: Ueber Verletzungen des Unterleibes durch stumpfe Gewalt. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 28, 29.)

Verfasser theilt 8 Fälle von Bauchcontusionen mit Darmverletzungen aus der Münchener chirurgischen Klinik (Prof. Angerer) mit, die in den letzten Jahren (nach 1894) zur Behandlung kamen und mit Ausnahme des ersten Falles sämmtlich laparotomirt wurden. Die directen subjectiv und objectiv erkennbaren Folgen der Einwirkung einer stumpfen Gewalt gegen den Unterleib sind sehr verschieden. Manche Patienten zeigten, obwohl sofort bei der Verletzung der Darm zerrissen wurde, anfangs gar keine schweren Symptome (3 Fälle), einer arbeitete sogar noch weiter. Andere Kranke dagegen boten sofort nach der Verletzung die Erscheinungen eines mehr oder weniger schweren Shoks. Das Fehlen oder Vorhandensein und die Schwere des Shoks giebt aber keinerlei Anhaltspunct für die Diagnose einer etwa erfolgten Darmruptur. Am constantesten ist wohl der Schmerz vorhanden und ein spontan oder auf Druck stets an derselben Stelle localisirter Schmerz ist nach des Verfassers Beobachtungen für die Diagnose von hervorragendem Werth. Neben und mit diesen subjectiven Erscheinungen bildet sich eine ausgesprochene Tympanie des Leibes aus, der dabei noch in verschiedenem Grade meteoristisch aufgetrieben sein kann. In einem Falle des Verfassers trat eine dem Schmerzpunct genau entsprechende, scharf umschriebene Zone hochtympanitischen Schalles auf, die schon bald nach der Verletzung nachweisbar und zweifellos von ausgetretenem Gas herrührte. Im weiteren Verlauf kommt ein Symptomencomplex zu Stande, der mit grösserer Sicherheit auf die Art und den Ort der stattgefundenen Verletzung zu schliessen erlaubt, doch muss stets berücksichtigt werden, dass bei Verletzung verschiedener Organe die Symptome der einen Laesion durch die vielleicht stürmischer verlaufenden Zeichen der anderen verdeckt und verwischt werden können. Die Per-



forationsperitonitis schliesst sich entweder unmittelbar bezw. nach ganz kurzem Intervall an die ersten Erscheinungen des Shoks und verläuft rapid oder entwickelt sich mehr allmählich, aber in immer noch raschem Verlauf zum typischen Bilde. Dabei können, wenn die ersten, durch das Trauma direct hervorgerufenen Störungen überwunden sind, selbst 1—2 Tage vergehen, ehe schwere Zeichen die Entwickelung der Peritonitis erkennen lassen. In der Mehrzahl der Fälle sistirten dabei Kothentleerung und Abgang von Gasen, die Miction war häufig unmöglich, die Temperatur erhöht, der Puls klein und beschleunigt. Manchmal treten nach einem symptomenlosen, mehrere Tage andauernde Intervall plötzlich die Erscheinungen der Perforationsperitonitis auf als characteristisches Zeichen eines secundären Durchbruchs gequetschter und contusionirter Darmpartien. Natürlich ist die frühzeitige Diagnose der Quetschungen und Contusionirungen der Darmwand meistens unmöglich, da die verwerthbaren Symptome (diarrhoischer, eventuell blutiger Stuhl, Abstossung von Gewebsfetzen) in der überwiegenden Zahl der Fälle fehlen. Viel leichter und sicherer lässt sich unmittelbar nach der Verletzung die Diagnose einer intraabdominellen Blutung aus der Fortdauer des Collapses, der rasch zunehmenden Schwäche, der frühzeitig und schnell sich entwickelnden Dämpfung in den seitlichen Bauchregionen, dem Kleinwerden des Pulses etc. stellen.

Volle Sicherheit für eine Frühdiagnose, auf die alles ankommt, gewährt allein die Probelaparotomie, die so bald wie möglich nach der Verletzung auszuführen ist. Dass man sie nicht unter einem schweren Shok ausführen, sondern bis zum Nachlassen der Shokerscheinungen abwarten wird, ist naheliegend; leichterer Shokzustand aber bildet keine Gegenanzeige. Fürchtet man die Narkose, kann der Probeschnitt unter localer Anaesthesie ausgeführt werden. Von einer nichtoperativen Therapie kann man der minimalen Zahl von Spontanheilungen gegenüber nicht sprechen. Nach des Verfassers Erfahrungen muss man aber die Grenzen für die mit Aussicht auf Erfolg vorzunehmende Operation auf 12 Stunden nach der Verletzung herabsetzen. Von den 7 Laparatomien des Verfassers starben 5, die später als 12 Stunden operirt wurden, der einzige Geheilte wurde 9 Stunden post traum. operirt. Der 8. Fall, der 11 Stunden nachher operirt wurde, betraf einen Mann, der auf den Rand eines Steines gefallen war und sich eine Perforation einer in einer Hernie liegenden Darmschlinge und ausserdem eine doppelte Perforation des Duodenums zugezogen hatte. Letztere wurden trotz Eventration nicht gefunden, so dass Peritonitis eintrat und der Kranke am vierten Tage starb.

Weyert.

G. Besold: Ueber die Miterkrankung des Kehlkopfes bei Lungentuberkulose. (Münchener medicin. Wochenschrift Nr. 26.)

Unter einem bedeutenden Theil der Aerzte herrscht auch jetzt noch die Ansicht, dass die Larynxtuberkulose eine besonders ungünstige Prognose giebt. Doch ist letztere, nach Meinung des Verfassers, der seine Erfahrungen an der Heilanstalt Falkenstein am Taunus gesammelt hat, nur dann berechtigt, wenn es sich bereits um tiefergehende Zerstörungen handelt. Alles kommt eben auf eine möglichst frühzeitige Diagnose an. Von 346 Lungentuberkulösen dieser Heilanstalt, deren Kehlkopf untersucht wurde, zählte B. 69 (20 pCt.) an sicherer Kehlkopftuberkulose Leidende (characteristische Geschwüre und Tumoren), 24 Verdächtige (7 pCt.). Als Verdächtige wurden die angesehen, welche einseitige Schwellung und Röthung aufwiesen, einseitige leichte Erosionen, Schwellung und Parese eines Stimmbandes, umschriebene Trübungen mit gereizter Umgebung u. dgl. zeigten. Von den 69 Fällen sicherer Larynxtuberkulose waren 38 (11 pCt. aller Lungentuberkulösen) schwere Kehlkopfkranke, deren Lungen ebenfalls schwer afficirt waren. — War das Vorhandensein einer Larynxtuberkulose sichergestellt, so wurde folgende Behandlung eingeleitet. In allererster Linie galt es, den Kehlkopf möglichst ruhig zu stellen und alles möglichst zu vermeiden, was denselben mechanisch (Sprechen, Husten) oder chronisch (Rauchen) reizen könnte. Bei Schluckstörungen bewährten sich dem Verfasser Pulvermischungen von Cocain-Morphin-Jodol oder 5—20 proc. Mentholöl oder Orthoform, speciell letzteres schien besonders empfehlenswerth, da es vorzüglich haftet und neben seiner anaesthesirenden Wirkung auch eine desinficirende entfaltet. Hatte sich der Kehlkopf etwas erholt, so trat bei den meisten eine medicamentöse Behandlung in Kraft. Namentlich bei flachen Geschwüren und bei der Desinficirung schwerer Ulcerationen sah B. von Pulvereinblasungen viel Gutes, besonders von Einblasungen solcher Substanzen, welche sich entweder an Ort und Stelle sehr leicht lösen oder als unlösliches Pulver lange haften bleiben (Jodol, Nosophen, Orthoform, Zinc. sozojodol., Thioform). Bei allen Einblasungen ist aber erste Bedingung, dass geringe Mengen mit geringem Luftstrom eingeführt werden und genau an die beabsichtigte Stelle kommen. Bei jenen tuberkulösen Affectionen des Kehlkopfs, die von einem zähen Catarrh begleitet sind, leistete das Einträufeln von 5—20 proc. Mentholöl gute Dienste. Erwies sich die angedeutete Methode als unzulänglich, so wurde Milchsäure in starker Lösung (nach vorausgegangener Cocainisirung) applicirt. Und zwar wurde dieselbe mit einem Wattebäuschchen mässig stark in das Geschwür eingerieben. Zeigte sich nach wiederholter Aetzung keine deutliche Besserung, so wurde zur Curette gegriffen. Bei nicht allzu grosser Gewaltanwendung hat man nicht zu befürchten, gesundes Gewebe mit wegzukratzen. Gute Dienste leistete dem Verfasser die Doppelcurette, wo es galt zapfenförmige Granulome zu beseitigen, auf deren Spitze oder Plateau ein Ulcus sass.

Von obigen 69 behandelten Kehlkopftuberculosen wurden geheilt 22, gebessert 26, blieben ungebessert 21. Von letzteren kamen 14 auf die Schwerkranken. Geheilt wurden von den Schweren 5, gebessert 19, blieben ungebessert 14. Als geheilt betrachtet Verfasser einen Kranken, wenn die vorhandene Ulceration vernarbt ist, die Infiltration grösstentheils oder ganz zurückgegangen ist, im ersteren Falle sich aber als völlig reactionslos erweist und sich nach längerer Beobachtung in keiner Weise mehr ungünstig verändert.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen

Dr. J. Ruhemann: Ist Erkältung eine Erkrankungsursache und in wiefern? Leipzig. Verlag von Georg Thieme 1898.

Die uns vorliegende, von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien preisgekrönte Monographie bietet eine Fülle von interessanten, ungemein sorgfältig bearbeiteten Beobachtungen und statistischen Erhebungen, die zur Feststellung und Klärung der Frage von der refrigeratorischen Aetiologie bestimmt sind. Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte der Erkältungstheorie, erörtert dann in recht ausführlicher und klarer Weise das Wesen der Erkältung und deren Abhänhigkeit von metereologischen Momenten, — als Beispiel eines solchen innigen Zusammenhanges führt Verf. die Influenza an. Die metereologischen Factoren schaffen nur die Disposition zur Erkrankung, von ursächlicher Bedeutung sind die Bacterien und deren Stoffwechselprodukte. Autor führt nun den Beweis, dass die Witterungsverhältnisse von grossem Einflusse auf das Wachsthum der Mikroben sind, wobei er ganz besonders die Bedeutung des Sonnenscheins, des Lichts, der Temperatur, sowie der Feuchtigkeitszustände der Luft und des Erdbodens für das Wachsthum und die Virulenz der Mikroben hervorhebt.

Diese überaus fleissige Arbeit von Ruhemann können wir unseren Lesern zur Anschaffung empfehlen; der Preis ist mässig — 6 Mark.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1274 Sitzung am 13. April 1898.

1) Herr Masing hält einen zum Druck bestimmten Vortrag über einen seltenen Fall von Myxosarcoma peritonei.

Im Anschluss an den Vortrag demonstrirt Herr Westphalen das bei der Obduction gewonnene Präparat. Dasselbe stellt eine myxosarkomatöse Verdickung des Peritoneum viscerale des Darmes vor, derart, dass zunächst die Mesenterien in dicke Platten umgewandelt sind und der Darm infolge einer diffusen geschwulstartigen Verdickung seines Peritonealüberzuges als dickes, bis zu 2 Ct. breites starres Rohr erscheint, welches vollkommen klafft und sich in keiner Weise knicken lässt. — Daneben fand sich eine Metastase im Pankreaschwanz und metastatische Knoten der Pleura, schliesslich in der Bauchhöhle reichliche Mengen einer nichthämorrhagischen serösen Flüssigkeit. Mikroskopisch erwiesen sich die Geschwulstmassen durchweg als typisches Myxosarcom. — Gleich dem Ref. hat sich auch er (Westphalen) in der Literatur umgesehen und dem vorliegenden Präparate nichts ähnliches auffinden können.

Discussion.

Herr de la Croix meint aus dem Umstande, dass nur die am Mesenterium befestigten Darmtheile in das Bereich

der Geschwulstbildung einbezogen waren, mesenterienfreie Abschnitte, z. B. der Magen geschwulstfrei waren, schliessen zu dürfen, dass die Tumorbildung ursprünglich vom retroperitonealen Zellgewebe ausgegangen sein müsse.

Herr Westphalen macht demgegenüber darauf aufmerksam, dass retoperitoneale Tumoren (Fibrome, Myxome, Lipome, Sarcome etc.) gewöhnlich anders, meist in der Form umschriebener Härten mit Verdrängung der Organe der Bauchhöhle sich zu präsentiren pflegen. Was den in Rede stehenden Fall anbetrifft, so könnte vielleicht angenommen werden, dass derselbe ursprünglich ein reines Myxom gewesen sei, welches erst in der Folge eine sarkomatöse Umwandlung erlitten hat. Dafür könnten möglicherweise die jahrelang bestanden habenden Durchfälle sprechen, welche ihre Erklärung in einer Darmstauung infolge von Venencompression durch die Geschwulstmassen im Mesenterium finden könnten.

Herr Masing meint, dass für eine solche Annahme auch der Umstand sprechen dürfte, dass einerseits die Ascitesflüssigkeit stets die Merkmale eines Transsudats an sich trug und dass ferner die Pleurahöhle frei von Flüssigkeit gefunden wurde, während in der Pleura selbst Geschwulstmassen vorhanden waren.

Herr Tiling erinnert sich im Anschluss an den referirten Fall eines anderen, vor mehreren Jahren von ihm beobachteten Falles von augenscheinlichem Myxom des Peritoneums. Hier war 4 Jahre, bevor Pat. wegen Darmverschlingung zur Colostomie kam, eine maligne Neubildung der Leber diagnosticirt worden. Während der Operation erwies es sich, dass das Bauchfell mit gallertigen, warzenförmigen, anscheinend myxomatösen Massen bedeckt war, die sich mit Mühe von der Darmserosa abkratzen liessen. In ähnlicher Weise war auch das Netz verändert und hatte infolgedessen die Lebervergrösserung vorgetäuscht.

2) Dr. Masing theilt folgende Krankengeschichte mit:

C. S. unverheirathete Engländerin starb vor einigen Wochen im 81. Lebensjahre an Nierenkrebs und Metastasen. Vor 2 Jahren zeigte sich die erste, ganz unbedeutende Nierenblutung, die nächstfolgende war reichlicher, ½ Jahr nach der ersten. Nun folgten die Hämaturien häufiger, aber doch nicht öfter als alle 2—3 Monate. Es wurde dann zuweilen Tage lang der Urin nur mit blutiger Beimischung entleert, zuweilen dagegen nur die eine oder die andere Portion. War die Blutung unbedeutend, so waren leicht fingerlange, rabenfederkieldicke, offenbar im Ureter geronnene, Coagula zu finden. Die Passage derselben machte Schmerzen und zwar links einwärts von der Darmbeinschaufel. Daraus konnte früh geschlossen werden, dass die linke Niere die erkrankte sei, was in den letzten Monaten auch die Palpation bestätigte, die einen grossen, derben, unebenen Tumor dort fühlen liess. Die letzten Lebensmonate waren sehr qualvoll durch Compressionserscheinungen in Trachea und Oesophagus. Offenbar waren es metastatische Carcinomgeschwülste, die diese Compression ausübten, und in der That erschienen auch über den Schlüsselbeinen derbe Tumoren. Von der Tracheotomie wurde abgesehen wegen des hohen Alters der Patientin.

Das Interesse des Referenten, nur ja die Section der Leiche zu erlangen, war aber nicht so sehr durch diese Krankheitserscheinungen geweckt, als noch durch andere Erscheinungen. Seit mehr als 10 Jahren hatte Patientin immer dieselbe Klage: Obgleich ihr das Gehen längerer Strecken immer etwas beschwerlich war, so ging es doch, wenn nur der Magen leer war. Andererseits konnte sie auch reichliche Mahlzeiten einnehmen, ohne danach Schmerzen zu fühlen, wenn sie nur dann still sass. Aber Gehversuche auch nach geringen Nahrungsaufnahmen riefen fast immer so starke Schmerzen im Epigastrium und hinter der unteren Hälfte des Sternum hervor, dass sie stehen bleiben musste, auch wenn es nur 100 Schritt vor ihrem Ziele war. Selbst eine Tasse Thee mit 2—3 Zwieback verlangte 2 Stunden Ruhe. Ab und zu kam es vor, aber als staunenswerthe Ausnahme, dass die Schmerzen nicht so stark waren, um stehenbleiben zu müssen.

Während der vielen Jahre wurde das Herz wiederholt untersucht. Es war das Resultat immer negativ. Die Grenzen normal, die Actionen ganz regelmässig und in richtiger Stärke, die Töne überall rein und mit richtigen Accenten, der Puls dementsprechend normal, die peripheren Arterien viel weniger rigid, als das Alter erwarten liess. Andererseits fehlten aber auch andere Anhaltspuncte, um den Magen zu beschuldigen: keine Ulcussymptome (nie Erbrechen), Lage und Grösse des Magens anscheinend normal. Ex juvantibus konnte nichts geschlossen werden, denn es gab nichts, was geholfen hätte.

Aus dem Sectionsprotokoll nur so viel: Herzbeutel leer, Herz normal gross. Rechter Vorhof prall gefüllt mit dunklen Cruormassen. Herzhöhlen normal, dito alle Klappen. Coronararterien hochgradig verkalkt, aber nicht verengert, keine Thrombosen in denselben. Herzfleisch welk, alte bindegewebige Schwielen sehr zahlreich in dünnen Streifen parallel den Muskelzügen. Arcus aortae zeigt zahlreiche Kalkplatten unter und in der verdickten Intima, in derselben auch vereinzelte atheromatöse Geschwüre. Lungen ganz gesund. Pleurahöhlen leer.

An Trachea und Oesophagus fanden sich die erwarteten Compressionen, aber nicht durch die während des Lebens sichtbaren Tumoren oberhalb der Schlüsselbeine, sondern durch tiefer im Mediastinum posticum gelegene, und zwar waren es zwei circa wallnussgrosse Krebsknollen, von denen der obere die Trachea und den Oesophagus nach links verdrängte, während der andere, dicht unterhalb ruhende Tumor diese Organe nach rechts verdrängte. Dadurch waren beide S-förmig verbogen und das Lumen ausserordentlich verengt.

Unterleib: Lage der Eingeweide normal. Keine Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Magen leer, schlaff, von gewöhnlicher Grösse. Schleimhaut intact, Pylorus normal. Leber und Milz gesund. Aorta thoracica und abdominalis ebenfalls hochgradig sklerosirt, stellweise geschwürig. Die prävertebralen Lymphdrüsen längs dem ganzen Verlauf der Aorta hochgradig vergrössert und aus — zum Theil breiig zerfallenen, zum Theil härteren weissen — Geschwulstmassen bestehend. Als Schlussstein quasi dieser Reihe von kleinen Tumoren sind oben im Jugulum zwei hühnereigrosse über den Schlüsselbeinen befindliche.

L. Niere ein 2faustgrosser höckeriger Tumor. Der linke Ureter nicht erweitert, unverändert; eine von unten in den Ureter eingeführte Sonde gelangt leicht in das Nierenbecken, das hochgradig verändert ist. Der Nierenschnitt zeigt einen schmalen, kaum ⅓ Centimeter breiten peripheren Streifen von scheinbar unveränderter Nierensubstanz (Corticalis und Pyramidenbasen angedeutet) von brauner Farbe. Die ganze übrige Masse besteht aus einer zum Theil erweichten, zum Theil käsigen weisslichen Substanz — unzweifelhaft Carcinom, welche auch das ganze Nierenbecken ausfüllt und als kurzer Zapfen in den Ureter hereinragt. Es ist höchst wahrscheinlich, dass die Neubildung hier im Nierenbecken begonnen hat. Ein metastatischer Knoten in der l. Nebenniere. R. Niere gesund.

Epicrise. Also die Schmerzen im Epigastrium bei Gehversuchen bei nicht leerem Magen doch nur vom Herzen abhängig — chronische Myocarditis mit Sclerose der Coronararterien. Dabei nie ein typischer stenocardischer Anfall gewesen — vielleicht weil die Coronararterien genügend weit waren. Der Magen selbst ganz gesund. Der Fall ist nicht ohne Interesse im Hinblick auf Capitel: Magensymptome der Herzkranken. Was die Compression der Trachea betrifft, so ist es lehrreich, dass nicht die während des Lebens als Compressionsursache imponirenden Geschwülste im Jugulum die schuldigen waren, sondern 2 kleinere, viel tiefer liegende; die ernstlich in Erwägung gezogene Tracheotomie hätte nichts genützt.

Dass bei so hochgradiger Compression und noch dazu S-formiger Verkrümmung bis zuletzt Expectoration von Bronchialschleim hat stattfinden können (und daher auch völlig gesunde Lungen) ist wohl überraschend.

(Autoreferat.)

Discussion.

Herr Kernig: Die Thatsache, dass Herzkranke ihre Beschwerden, namentlich nach der Mahlzeit, in das Epigastrium verlegen, ist zuerst von v. Leyden hervorgehoben worden. Ihm selbst wären mehrere Patienten begegnet, die über den Schmerz hinter dem Sternum oder im Epigastrium bei Bewegungen nach einer Mahlzeit klagten und später einem typischen stenocardischen Anfall erlagen.

Herr Moritz macht besonders auf den Umstand aufmerksam, dass solche Kranke nach der Mahlzeit beim Gehen oder bei jeder anderen Ursache, welche eine verstärkte Herzaction zur Folge hat, von dem Schmerz befallen werden, wenn sie gehen, stehen bleiben müssen, worauf dann Ructus entleert werden, womit der Schmerzanfall coupirt ist; solches scheine auf einen eigenthümlichen Zusammenhang zwischen Herz und Magen hinzudeuten, wobei die Motilität des Magens eine Hauptrolle zu spielen scheint.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: Dr. Westphalen.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. December 1897.

Dr. Voss hält den angekündigten Vortrag:

«Ein neues Symptom bei Sinusthrombose (erscheint im Druck) und demonstrirt an 2 Kindern, bei denen er wegen Sinus-



thrombose die Vena jugularis unterbunden hat, Venengeräusche auf der der unterbundenen entgegengesetzten Seite und die Unmöglichkeit, sie auf der kranken Seite zu erzeugen.

Dr. Rimscha bestätigt die Angaben des Vortr. und setzt grosse Hoffnungen auf dieses Symptom, weil die bisher bekannten — pyämisches Fieber, Strang an der lateralen Partie des Kopfes — doch unsichere waren und oft im Stiche liessen.

Dr. Hampeln beglückwünscht den Vortr. dazu, durch Entdeckung eines neuen Symptomes der Sinusthrombose die Sicherheit die Diagnose erhöht zu haben.

Dr. v. zur-Mühlen hält den Strang an der lateralen Partie des Kopfes für das bis dahin sicherste Zeichen der Sinusthrombose, schliesst sich im übrigen den Vorrednern an.

Dr. Voss bedauert, das Symptom bisher nur an Kindern wahrgenommen zu haben und hofft, dass ihm Gelegenheit geboten werde, dasselbe bei Erwachsenen bestätigt zu finden.

2. Dr. Rulle verliest den angekündigten Vortrag: «Bemerkungen zum Blutkreislaufe des Menschen». (Ist für den Druck bestimmt).

3. Dr. Treymann demonstrirt die Symphyse einer Frau, welche er vor $2^1/_2$ Jahren durch Symphyseotomie entbunden hatte und weist auf die feste Verwachsung der beiden Knochenflächen hin.

Dr. Schabert will Dr. Treymann in dem Sinne verstanden wissen, dass die feste Verwachsung nicht durch Knochenverwachsung, sondern durch Periostwucherung entstanden ist. Dr. Treymann bestätigt dieses und führt an, dass eine solche Heilung zwar für den Pathologen keine ideale genannt werden könne, für den Gynäkologen aber als vollkommener Erfolg der Operation zufriedenstellend sei.

In Vertretung des Secretärs Dr. H. Helmsing.

Sitzung am 7. Januar 1898.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. Thilo einen Stützapparat zur Verwendung nach Beinamputationen, der sich bei grosser Festigkeit infolge seiner Construction aus Draht durch Leichtigkeit auszeichnet.

2. Dr. v. Holst hält den angekündigten Vortrag über Hysterie, der in grösserer Ausführlichkeit die vom Vortr. in einer der vorausgegangenen Sitzungen angedeuteten Gesichtspunkte erörtert.

Dr. Schönfeld kommt zunächst auf die vom Vortr. angegriffenen Ausführungen Sokolowsky's zurück und vertritt die Ansicht, S. habe in seiner Definition der Hysterie das «entartet» nur im Sinne des französischen «degeneré» gemeint, also mehr die psychische Seite der Entartung betonen wollen.

Ferner stellt er an Vortr. die Frage, ob er glaube, dass es eine rein somatische Hysterie gebe. Die Krankengeschichten in der angezogenen Abhandlung des Vortr. hätten ihm darüber keine Klarheit gebracht. Der Psyche sei da gar nicht gedacht worden.

Der vom Vortr. urgirte Unterschied zwischen der H. Gebildeter und Ungebildeter sei in praxi ja wohl zu machen, theoretisch aber s. E. nicht genügend zu stützen.

Eine scheinbare Verschiedenheit der Krankheitsbilder könne bedingt sein durch die Verschiedenheit im Materiale des Krankenhauses und der Privatpraxis. Beim ersteren seien die Schwierigkeiten der Untersuchung viel grössere, schon die Sprache, der eng begrenzte Vorstellungskreis des Ungebildeten erschwere das Eindringen in das psychische Leben des Kranken.

Was die vom Vortr. aufgestellten Typen der H. anlange, so sei er geneigt, den Typus III des Vortr. (zunächst Hervortreten körperlicher Symptome, dann erst allmählich Ausbildung des sog. hysterischen Charakters) für den gewöhnlichen Typus zu halten und die übrigen nur als gelegentliche Abänderungen desselben aufzufassen.

Die vom Vortr. als Princip aufgestellte Nichtbehandlung localer Symptome endlich könne er nicht unbedingt als solches anerkennen, zum Theil müssten locale Symptome s. E. ebenfalls local behandelt werden.

Dr. v. Holst: Der Begriff der Entartung bei Sokolowsky betreffe körperliche und geistige Momente in gleicher Weise.

Die Frage der rein somatischen Hysterie betreffend, sei zu bemerken, dass, obwohl die psychogene Entstehung als Grundprincip für alle Fälle festzuhalten sei, doch Fälle vorkämen, in welchen das psychische Moment bei der Erscheinung der Symptome eine grössere Bedeutung habe als bei ihrer Entstehung. Zur Unterscheidung der H. Gebildeter und Ungebildeter sei festzuhalten, dass, was praktisch von Werth ist, auch in jeder Beziehung, so auch theoretisch, Wichtigkeit beanspruchen könne. In Folge der verschiedenen Entwickelung der psychischen Fähigkeiten sei das psychische Leben der Gebildeten und der Ungebildeten ein total verschiedenes. Gerade das Moment, dass bei so verschiedenem Entwickelungsboden die Krankheit in verschiedenen Erscheinungsformen auftrete, biete eine wesentliche Stütze der Annahme ihrer psychogenen Entstehung.

Die Therapie betreffend weist er Dr. Schönfeld gegenüber darauf hin, dass er nie eine absolute Nichtbehandlung zum Princip erhoben habe. Der Ausdruck zweckmässige Vernachlässigung deute schon an, dass auch diese negligirende Therapie nach bestimmten Principien zur Anwendung kommen müsse, also an sich den Werth einer Behandlungsmethode habe. Im Uebrigen weist er betreffs der bedingungsweisen Zulässigkeit einer localen Therapie auf seine früheren Ausführungen hin.

3. Dr. Krannhals demonstrirt die Präparate eines Cysticercus cerebri et cordis, letzterer mit ungewöhnlicher Localisation an einer Herzklappe.

d. Z. Secr. Dr. med. H. Schwartz.

Vermischtes.

— Professor K. F. Slawjansky, dessen am 11. September erfolgten Tod wir in der vorigen Nummer mittheilten, war im Jahre 1847 geboren. Seine academische Bildung erhielt er an der medico-chirurgischen Academie. Nachdem er sich unter Leitung von Prof. Rudnew eingehend mit der pathologischen Anatomie beschäftigt hatte, bildete er sich unter Krassowsky's Leitung zu dem hervorragenden Gynäkologen und Geburtshelfer aus, der er war. 1876 wurde er als Professor nach Kasan, bald darauf an die medico-chirurgische Academie berufen. 1890 wurde er ordentlicher Professor. Unter den russischen Gynäkologen war er einer der hervorragendsten und einer der sehr wenigen, die auch über die Grenzen seines Vaterlandes hinaus von Bedeutung waren. Ausser grossen wissenschaftlichen Verdiensten besass S. auch ungewöhnliche pädagogische Talente, die ihm ebenso wie sein durchaus lauterer, ehrenwerther Character allgemeine Verehrung erwarben. Die Lücke, die er in der militär-medicinischen Academie hinterlässt, wird schwer zu füllen sein.

— Verstorben: 1) Am 12. September in Jalta der Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie S. D. Kostjurin. 2) Am 17. September in Kronstadt Dr. Paul Liborius.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Sept. d. J. 7614 (66 mehr als in d. Vorw.), darunter 661 Typhus — (14 wen.), 815 Syphilis — (4 mehr), 131 Scharlach — (3 wen.), 143 Diphtherie, — (10 mehr), 17 Masern — (5 mehr) und 3 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. September 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
312	259	571	113	56	101	20	8	12	44	51	46	42	33	34	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 17. Diphtherie 26, Croup 2, Keuchhusten 18, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 4, Grippe 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 65, Todtgeborene 0.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. Sept. 1898.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Frankenhäuser, Ueber einen Fall von Morbus maculosus Werlhofi.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.

Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Schwester **Const. Schmidt,** Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.

Irene Marie Chomse, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Дозв ценз. Спб. 26 Сентября 1898 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 3. (15.) October **1898**

„Ueber kryptogenetische Septicaemie".

Vortrag gehalten auf dem X. livländ. Aerztetag zu Wolmar von

Dr. med. Wilhelm Vierhuff,
Riga.

Meine Herren! Wir müssen Prof. Dennig unbedingt zustimmen, wenn er sagt: «wird irgendwo am menschlichen Körper eine grössere Wunde gesetzt, sei es durch zufällige Verletzungen, durch operative Eingriffe oder bei der Geburt und schliessen sich hieran Fieber und sonstige Störungen mehr oder weniger ausgesprochener Natur, so ist der Arzt mit der Diagnose «Blutvergiftung» gleich bei der Hand und das mit Recht. Anders aber wenn das äussere Accidens makroskopisch nicht nachweisbar ist, da kommen häufig Fehldiagnosen vor. Diese erklären sich aus der Vielgestaltigkeit der Erscheinungen, welche die Eitercoccen hervorzurufen vermögen.»

Unter kryptogenetischer Septicaemie verstehen wir diejenige septische Erkrankung, die durch das Eindringen von Eitercoccen — meist Strepto- oder Staphylococcen und ihre Toxine — in das Blut bedingt wird, ohne dass es möglich ist, den Invasionsort derselben nachzuweisen. In vielen Fällen gelingt es bei der Section, die Eingangspforte aufzufinden, nicht selten aber bleibt das Suchen nach derselben auch trotz der sorgfältigsten Nachforschungen auf dem Sectionstisch resultatlos.

Als Eingangspforte dienen; kleine übersehene und bis zum Ausbruch der Krankheit oft schon verheilte Wunden der äusseren Haut sowie der Nasen- und Mundschleimhaut, die Tonsillen, die Kiefer- und Speicheldrüsen. Es kann ferner das septische Gift in die Lymphdrüsen der verschiedensten Regionen des Körpers gelangt sein und von dort aus früher oder später in dem Lymph- und Blutstrom auftreten. Auch kann die Infection von den Lungen, den grossen Unterleibsdrüsen, den Genitalien und dem Darm aus erfolgen. Doch ist zu betonen, dass die Mischinfectionen von anderen Infectionskrankheiten mit Sepsis, wie z. B. die septische Form des Typhus abdominalis, des Scharlach, der gonorrhoischen Allgemeininfection u. A., trotz des Ueberwiegens der septischen Erscheinungen nicht zur kryptogenetischen Septicaemie gehören.

Der vorliegenden Arbeit sind 15 Krankengeschichten zu Grunde gelegt, die mit Ausnahme einer — sämmtlich der Abtheilung des Herrn Dr. Hampeln entstammen und mir in dankenswerthester Weise von ihm zur Bearbeitung überlassen worden sind.

Von diesen 15 Kranken, die alle starben, gelangten 12 zur Section, so dass die Beschreibung des Krankheitsbildes auf klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen gestützt ist. Die Sectionen und bacteriologischen Untersuchungen wurden in dem von Dr. Krannhals geleiteten pathologisch-anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses ausgeführt.

Auf die Literatur soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, es sei blos auf die Arbeiten von Leube[1]), Dennig[2]), v. Jürgensen[3]), Litten[4]), P. Wagner[5]). Biss[6]) u. A. hingewiesen.

Das Bild dieser septischen Erkrankungen ist ein in hohem Maasse wechselvolles und vielseitiges. In einem Theil der Fälle sehen wir vorwiegend Allgemeinerscheinungen mit negativem Organbefund; in einem anderen beherrscht die Erkrankung einzelner oder vieler Organe das Krankheitsbild und in wieder anderen Fällen sehen wir ein buntes Durcheinander: es treten im Verlauf des einzelnen Falles Allgemein- und Localerscheinungen einander abwechselnd auf.

Um eine möglichst kurze und präcise Analyse unserer Fälle zu geben, ordnen wir sie in die von v. Jürgen-

---

[1]) Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 22.
[2]) Ibidem Bd. LIV und Münch. med. Wochenschr. 1897.
[3]) Congress für innere Medicin. Wiesbaden 1889.
[4]) Charité-Annalen. Bd. II.
[5]) Arch. f. klin. Medicin. Bd. 28.
[6]) Annalen der städtischen Münchener Krankenhäuser. 1895.

sen je nach der Betheiligung der einzelnen Organe vorgeschlagene Gruppirung ein:

I. Die vorherrschenden Allgemeinerscheinungen.
II. Die Erscheinungen von Seiten des Herzens und Circulationsapparates.
III. Die Erkrankungen der Knochen und Gelenke.
IV. Die Erscheinungen auf der äusseren Haut, in dem Unterhautbindegewebe, in den Muskeln, in den Schleimhäuten und serösen Häuten.
V. Vorwiegende Betheiligung der Lungen, der grossen Unterleibsdrüsen, des Magen- und Darmcanals.
VI. Erkrankung des Centralnervensystems und der Sinnesorgane.

Die Allgemeinerscheinungen sehen wir bei unseren Kranken in characteristischer Weise auftreten, meist schon zu Beginn der Erkrankung. Wir können dabei 2 Typen unterscheiden. Einmal sehen wir Individuen im Vollbesitz ihrer Gesundheit plötzlich mit heftigen Schüttelfrösten, hohem Fieber, Glieder- und Gelenkschmerzen, gastrischen Störungen und schwerem subjectiven Krankheitsgefühl erkranken. Ihre Widerstandsfähigkeit ist so stark beeinträchtigt, dass sie sogleich das Bett aufsuchen. Die gleichzeitig auftretende Apathie und Somnolenz steigert sich rasch bis zum völligen Bewusstseinsverlust. Wir haben diese Erscheinungen als eine sich rasch vollziehende Intoxication des gesammten Organismus zu deuten. Von unseren Kranken bot die grössere Mehrzahl — 10 — dieses Bild zu Beginn der Erkrankung dar. Die Wirkung der Toxine äussert sich noch weiter: durch raschen Verfall und Abmagerung der Kranken. Ihr verfallenes Aussehen wird durch eine mehr oder weniger hochgradige Blässe der Haut noch gesteigert. Bei fast allen Kranken bildeten sich dann — je nach der Krankheitsdauer und der Reactionsart des Organismus resp. der einzelnen Organe auf die eingedrungenen Spaltpilze und ihre Toxine — krankhafte Processe in den verschiedensten Organen aus. Ein Kranker ging aber unter den eben geschilderten Allgemeinerscheinungen am 7. Tage seines Aufenthalts im Krankenhause zu Grunde (der Krankheitstag liess sich nicht bestimmen, da eine Anamnese bei dem bewusstlos eingebrachten Kranken nicht erhoben werden konnte). Die Section ergab in diesem Falle ausser einer Trübung der parenchymatösen Organe, catarrhalischen Geschwüren im Dünndarm und acutem Milztumor keine Veränderungen.

Dann aber sehen wir eine kleine Gruppe von Kranken, die das schwere Krankheitsbild darboten, nachdem kürzere oder längere Zeit Prodromalerscheinungen vorausgegangen waren. Letztere bestanden in rheumatoiden Schmerzen, die in einem Falle mehrere Wochen vor der Erkrankung auftraten, und Störungen des subjectiven Wohlbefindens. In diese Gruppe möchte ich auch einen 76 Jahre alten Mann rechnen, dessen Krankheit einen schleichenden Verlauf nahm und mehr den Character eines allmählich fortschreitenden Siechthums trug, das mit einem nicht hohen continuirlichen Fieber mit einzelnen Morgenremissionen, hin und wieder auftretenden Schüttelfrösten bei negativem Organbefund einherging.

Von den Allgemeinerscheinungen bedarf wohl das Fieber einer besonderen Erwähnung. Dennig, Biss u. A. bezeichnen die Atypie des Fiebers als characteristisch für die kryptogenetische Septicaemie, obwohl von den bekannten Fiebertypen der intermittirende als Haupttypus bezeichnet wird. Letzterer war auch in den vorliegenden Krankengeschichten der vorherrschende, wenngleich in einzelnen Fällen das Fieber einen mehr continuirlichen Verlauf mit einigen Remissionen nahm.

Hinsichtlich des von Heubner, Litten und Dennig beschriebenen continuirlichen Anstieges des Fiebers auf hohe Werthe (40—41) zu Beginn der Erkrankungen gestattet das dieser Arbeit zu Grunde gelegte Material keinen Schluss, da die Kranken nicht gleich zu Beginn der Erkrankung zur Beobachtung gelangten, abgesehen von 2 Kranken, die in den nächsten Tagen nach der Erkrankung ins Krankenhaus gebracht wurden. Diese zeigten eine hohe Continua (40—41), die in dem einen Falle bis zu dem nach 3 Tagen eintretenden Tode anhielt, in dem anderen sub finem vitae bis auf 42,5 anstieg. Solch eine auffallende Hyperpyrexie wurde 2 Mal beobachtet. Beide Mal trat das Maximum (42,5 und 41,8 im Rectum) $1^1/_2$—2 Stunden vor Eintritt des Todes auf. In der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich diese interessante Erscheinung nur 1 Mal erwähnt gefunden. (Biss, Annalen der Münchener städtischen Krankenhäuser. Bd. IX.)

Ein gleichzeitig mit einer neuen Losalisation des septischen Processes einhergehender neuer Temperaturanstieg nach vorhergehender Remission oder Intermission des Fiebers findet sich bei 6 Kranken.

Schüttelfröste fehlen bei Kranken mit Localisation des septischen Processes in einem oder mehreren Organen gewöhnlich nicht. Sie treten zu den verschiedensten Zeiten auf und zeigen keine Gesetzmässigkeit hinsichtlich ihres zeitlichen Verhaltens.

Circulationsstörungen bilden den Uebergang von allgemeinen zu localen Erscheinungen und gelangen regelmässig zur Beobachtung. Sie äussern sich in den oben erwähnten, wohl als Folge der deletären Einwirkung der Spaltpilze resp. ihrer Toxine auf das Blut aufzufassenden Anaemie, in Cyanose, — die allerdings nur bei einigen Kranken im weiteren Verlauf auftrat, — und in Veränderungen des Pulses. Letztere treten schon frühzeitig auf. Die Frequenz ist eine sehr hohe, nimmt entsprechend dem Weiterschreiten des Krankheitsprocesses zu und erreicht in den letzten Lebenstagen oft mehr als 130—160 in der Minute. Eine von Dennig beschriebene abnorme Pulsverlangsamung (36 in der Minute) fand sich bei unseren Kranken nicht. Veränderungen in der Qualität fehlen in der ersten Krankheitszeit gewöhnlich. Im weiteren Verlaufe treten dann verminderte Fülle und Spannung, seltener Dikrotie und Arythmie auf.

Das Herz ist das bei septischen Erkrankungen in erster Linie gefährdete Organ und weist daher stets mehr oder weniger schwere krankhafte Veränderungen auf. Das erscheint a priori verständlich bei der Erwägung, dass dieses Organ beständig durch das mit Eitercoccen und toxischen Substanzen überladene Blut durchströmt, dadurch in seiner Ernährung schwer geschädigt wird, dabei aber noch unausgesetzt unter erschwerten Bedingungen bei stärkeren Anforderungen arbeiten muss. Eine weitere Disposition des Herzens zu Erkrankungen ist noch durch das auskleidende Endo- und umgebende Pericard gegeben, da bekanntlich die serösen Häute besonders leicht erkranken, wenn Eiterung erregende Bacterien in die Blutbahn eingedrungen sind. Daher sehen wir in den zur Section gelangten Fällen stets Erkrankungen des Herzens. In 6 Fällen fanden sich Veränderungen des Myocards allein bei normalem Endo- und Pericard. Darunter bestand 4 Mal einfache Trübung resp. Verfettung des Herzmuskels mit gleichzeitiger Ventrikeldilatation. 1 Mal traten diese Erscheinungen zu einer chronischen Herzmuskelerkrankung bei einer 66 Jahre alten Frau hinzu, 1 Mal multiple Abscesse im Herzfleisch mit Reinculturen von Staphylococcus pyog. aureus im Abscesseiter. In 7 Fällen combinirte sich die Erkrankung des Myocards mit Endo- resp. Pericarditis. Wir sahen aber kein Mal ein Verschontbleiben des Herzmuskels. Peri- und Endocarditis kamen 1 Mal vor. Bei einem 34jährigen Manne fand sich eine Muskelerkrankung des linken Herzens und eine



frische Endocarditis auf der Vorhofsoberfläche der Mitralsegel, während das rechte Herz, makroskopisch wenigstens vollkommen normal aussah.

Eine grosse Bedeutung kommt den von Seiten der Knochen und Gelenke auftretenden Erscheinungen zu. Die Klagen der Kranken beziehen sich zu Beginn wie auch zu den verschiedensten Zeiten des weiteren Krankheitsverlaufes gerade oft auf diese Organe.

Von 14 Kranken, die befragt werden konnten, gaben 8 Schmerzen in Knochen oder Gelenken an. Die meisten hatten die Schmerzen schon in den ersten Krankheitstagen, eine Kranke bereits längere Zeit vor Beginn des Fiebers. Die Klagen bezogen sich auf die grossen Röhrenknochen resp. ihre Gelenke, die Handgelenke, die Zehen, das Sternum, die Wirbelsäule. Mit dem subjectiv empfundenen Schmerz war gewöhnlich früher oder später eine objectiv nachweisbare krankhafte Empfindlichkeit der betreffenden Knochen und Gelenke verbunden, die ein entzündlicher Process verursachte. Sowohl die Schmerzen als auch die entzündlichen Processe waren oft flüchtiger Natur, indem sie gleichzeitig oder abwechselnd bei demselben Individuum die verschiedenen Gelenke befielen. In 1 Fall trat eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit des Femur an circumscripter Stelle auf, fehlte am nächsten Tage, stellte sich dann aber in einigen Tagen wieder ein. Als Ursache dieses Schmerzes ergab die Section eine Eitermetastase im Hüftgelenk und seiner Umgebung. Es ist aber besonders zu betonen, dass im Gegensatz zu den subjectiven Klagen über Schmerzen die eitrigen Erkrankungen erst im späteren Krankheitsverlauf auftraten, so dass sie wohl als Folge nicht aber als Ursache der septischen Erkrankung aufzufassen waren, so dass unter den angeführten Fällen sich solche, wo der Verdacht einer bestehenden Osteomyelitis entstehen konnte, nicht finden. Eine Coxitis et pericoxitis suppurativa trat 1 Mal im Verlauf der in 10 Tagen tödtlich endenden Krankheit auf. Es sei gleich an dieser Stelle erwähnt, dass in diesem Falle ausserdem noch Eitermetastasen in der Humerusmusculatur, im Herzfleisch, den Lungen, den Nieren, der Prostata und den verdickten Arterienwänden des Beckenzellgewebes gefunden wurden, als deren Urheber Staphylococcen in Reincultur nachgewiesen wurden.

In einem anderen Falle traten in der 9. Krankheitswoche Schmerzen im rechten Knie, bald starke Druckempfindlichkeit und Schwellung an den inneren Condylen des rechten Femur und Tibia, 4 Tage später Schmerzen und Erguss im rechten Handgelenk auf. Der eitrige Character dieser Vorgänge wurde auch in diesem Falle erwiesen.

Neben den eitrigen Gelenk- oder Knochenmetastasen kommen auch einfache seröse Ergüsse entzündlicher Natur vor.

Die Haut zeigt in allen Fällen Veränderungen, die in Anaemie, Icterus, selten in Cyanose, häufiger in Exanthemen der verschiedensten Art, von einer einfachen vorübergehenden Röthung bis zu den mannigfachsten Eruptionen bestehen. Wenn wir oben die Affectionen der einzelnen Organe als einerseits abhängig von der Art und den Eigenschaften der Krankheitserreger, ihrer Virulenz und der von ihnen producirten Stoffwechselproducte, andererseits als Folge der Reactionsweise und Disposition des Organismus und der Organe ansahen, so gilt dasselbe auch von der Haut. Der Mannigfaltigkeit oder, wie Wunderlich sich ausdrückt, der «Launenhaftigkeit» der Localisation in den inneren Organen entsprechen auch die Vorgänge auf der äusseren Haut. Diese Vielgestaltigkeit schliesst scheinbar die diagnostische Verwerthbarkeit des Exanthems aus und lässt die Annahme einer specifischen Hautaffection in dem Sinne der sogen. «acuten Exantheme» Masern, Scharlach, Variola u. s. w. nicht zu, zumal es sich vielfach bei der Sepsis um bekannte, auch aus anderen Gründen entstehende Hautaffectionen handelt, wie Bläschen, Erytheme, Urticaria ähnliche Ausschläge u. dergl.

Wenngleich also von einem einheitlichen septischen Exanthem nicht wohl gesprochen werden kann, so findet dennoch m. H. bei Berücksichtigung der Anamnese und der Allgemeinerscheinungen die Diagnose in der Beschaffenheit des Exanthems eine wesentliche Stütze. Es erscheint in einem zweifelhaften Krankheitsfalle eine bestimmte Form der vielen bei Sepsis auftretenden Exantheme als ausschlaggebend für die Diagnose.

Als Paradigma für das soeben Gesagte diene folgender Fall:

Der 48-jährige K. L., aus dessen Vorgeschichte in Bezug auf die jetzige Krankheit keine Daten erwähnenswerth sind, erkrankte 3 Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus plötzlich mit vorübergehendem Bewusstseinsverlust, Fieber, Delirien, Schmerzen im linken Arm und rechten Bein, so dass er gleich bettlägerig wurde und das Bett nicht mehr verliess. Ueber Kopfschmerzen wurde auch geklagt.

Die Untersuchung zeigt uns einen Mann von mittlerer Ernährung, mässiger Anämie, freiem Sensorium. Kein Icterus, keine Cyanose. Pupillen gleich, reagiren. Zunge trocken roth. Rachen normal. Alte Pockennarben. Kein Ohrenfluss. Vena jugularis und Processus mastoid. nicht druckempfindlich. Ausser einer kleinen Drüse in der Regio maxill. sind keine Drüsenschwellungen nachweisbar, ebenso nicht Knochen- und Gelenkveränderungen. Keine Motilitätsstörungen. Reflexe nachweisbar. Genitalien normal. Die Haut fast auf dem ganzen Körper mit einem Exanthem bedeckt, das aus Stecknadelkopf- bis auf Hanfkorngrossen Eiterbläschen mit rothem Hof und rothen Papeln besteht. Zahlreicher und mehr symmetrisch sind dieselben auf der Brust, den Unterschenkeln und den Streckseiten der Vorderarme.

Puls 108, regelmässig und gleichmässig, von mittlerer Fülle und Spannung. Arterien rigide.

Respiration: 40.

Sputum: schleimig, weissschaumig, catarrhalisch.

Harn: trübe röthlich-braun, sauer, Albumen, kein Zucker.

Die mehrmals vorgenommene Diazoreaction fällt negativ aus.

Die Untersuchung der Lungen, des Herzens, des Abdomens ergiebt im Allgemeinen normale Verhältnisse. Die Milz erscheint percutorisch vergrössert.

Aus dem weiteren Verlaufe des in 7 Tagen tödtlich endenden Krankheitsfalles ist noch eine 3 Tage nach der Aufnahme auftretende aber 1 Tag vor dem Tode wieder nachlassende Schwellung der Parotis beiderseits, ein Erguss im linken Knie und ein oberflächlicher Decubitus auf den Nates zu erwähnen. Puls und Respiration von wechselnder Beschaffenheit, letztere stark beschleunigt. Im Vordergrunde des Interesses steht in diesem Falle das Exanthem, das am 3. Tage nach der Aufnahme des Kranken einzutrocknen begann und am 6. Tage unter Zurücklassung kleiner pigmentirter Narben geschwunden war. Die Untersuchung des aus dem Bläschen entnommenen Eiters ergab Staphylococcus pyog. aureus.

In diesem Fall erschien die Diagnose Sepsis mit unbekannter Eingangspforte von vornherein begründet, wurde dann später durch den Krankheitsverlauf und die Section bestätigt. Das Exanthem erscheint uns deswegen von besonderem Interesse, weil es sich hier um kleine Vesikeln handelt, wie sie unseres Wissens bei Sepsis selten beobachtet werden. Im Gegensatz dazu werden Pusteln, die oft ein Variola ähnliches Aussehen haben, nicht so selten bei Sepsis gefunden. Auch in dem vorliegenden Krankenmateriale sind mehrfach pustulöse Exantheme angeführt.

In dem eben beschriebenen Falle trat also ein eigenartiges Bläschen-Exanthem bei einer Krankheit auf, die bei der ersten Untersuchung als septischen Characters gedeutet werden konnte. Der Verlauf sowohl wie die Section bestätigte die Diagnose Septicaemie mit unbekanntem Eingangsort. Wir meinen die Heranziehung dieses Falles als Beleg für die oben geäusserte Ansicht über die Verwerthbarkeit des Exanthems für die Diagnose Septicaemie dahin präcisiren zu können: das Auftreten eines Exanthems, wie des eben beschriebenen, zu Beginn oder im Ver-

laufe einer fieberhaften Krankheit, die bis dahin per exclusionem mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit als septischen Characters gedeutet wurde, gestattet nunmehr die bestimmte Diagnose.

Ausser den bisher erwähnten Erscheinungen werden auf der äusseren Haut mehrfach grössere oder kleinere Bläschen mit serösem oder eitrigem Inhalt, einige Mal pfefferkorngrosse Papeln, Sugillationen, Petechien, 1 Mal Herpes labialis, 1 Mal Herpes lab. et nasalis beobachtet. Decubitus entwickelte sich in mehreren Fällen. Erwähnenswerth erscheint das frühzeitige Auftreten desselben. — 1 Mal bildete sich eine Phlegmone emphysematosa in der rechten Lendengegend bis auf den Rücken hinauf aus.

Die Muskeln sind oft schmerzhaft, gelegentlich bei Berührung empfindlich. 1 Mal fanden sich multiple metastatische Abscesse in der Musculatur der Arme und Beine.

Die sichtbaren Schleimhäute zeigen die Veränderungen, die bei fieberhaften Krankheiten überhaupt aufzutreten pflegen. In den meisten Fällen ist die Zunge belegt und trocken, der Rachen mässig geröthet, zuweilen mit Schleim belegt.

In 1 Fall traten catarrhalische Erscheinungeu auf der Larynxschleimhaut auf, die zur Ausbildung von eitrigen Geschwüren führten. Es kam zu tiefgehender Schleimhautnecrose und zu Perichondritis laryngea.

Die Neigung der serösen Häute zu entzündlichen Erkrankungen im Verlaufe der Sepsis wurde bereits erwähnt.

Auf der Pleura beobachten wir alle Stadien der Entzündung: die trockene Pleuritis, das seröse, das serös-eitrige und das eitrige Exsudat.

Bei der Section wurden in 4 Fällen Pleura-Erkrankungen gefunden. 1 Mal Haemorrhagien auf der Pleura, 1 Mal in jeder Pleurahöhle 400 resp. 600 Ccm. gelben Serums ohne Entzündung der Pleura. In einem weiteren Falle bestand eine doppelseitige serös-eitrige Pleuritis, ausserdem eitrige Pericarditis und Peritonitis. In der Peritonealhöhle fanden sich 600 Ccm. Eiter, Darmschlingen und Netz waren mit einander verklebt, letzteres seinerseits wieder mit der vorderen Bauchwand, ebenso die Leber und Milz mit der Nachbarschaft. Eine Quelle der eitrigen Peritonitis war nirgends zu entdecken. Im Eiter auch keine Milzbrandbacillen.

Von Seiten des Respirationsapparates treten mannigfache Erscheinungen auf. Eine constante Erscheinung sahen wir in der hohen Respirationsfrequenz. Die Zahl der Athemzüge beträgt gewöhnlich über 30, auch 40, ja sogar 60 in der Minute. Sie wechselt zwar öfters bei ein- und demselben Kranken im Verlaufe der Krankheit, geht aber nicht auf die Norm zurück. Der hohen Respirationsfrequenz entspricht nicht immer eine solche des Pulses. Auf dieses Missverhältniss zwischen Respiration und Puls und auf die diagnostische Bedeutung dieser Erscheinung ist schon mehrfach hingewiesen worden.

Das vorliegende Material bestätigt nicht die von Dennig vermuthete Ursache für die Respirationsfrequenz, dass es sich nämlich um miliare Abscesse handele, welche ähnlich den Miliartuberkeln einen Reiz auf die peripheren Vagusfasern ausüben. Es findet sich oft eine sehr frequente Athmung auch in solchen Fällen, wo die Section keine Veränderung in den Lungen oder Pleuren ergiebt. Diese Fälle rechtfertigen eher die Annahme, dass das mit Toxinen überladene Blut eine directe Reizwirkung auf das Athmungscentrum ausübe. Diesen Zusammenhang hält auch Biss für nicht unwahrscheinlich, während das von ihm in erster Linie angeführte hohe Fieber m. E. deswegen nicht zutrifft, weil bei anderen ebenfalls mit hohen Temperaturen einhergehenden Krankheiten die Respirationsfrequenz keine derartig gesteigerte ist.

In 1 Fall bestand neben einer Vermehrung der Athemzüge auf 38 eine unregelmässige Respiration, ohne dass — abgesehen von geringen Hypostasen — bei der Section krankhafte Veränderungen in den Lungen oder Pleuren gefunden wurden.

Die beständige innige Berührung des Lungengewebes mit dem an Bacterien und Toxinen überreichen Blut hat oft eine Erkrankung des Lungenparenchyms zur Folge. Klinisch bestehen öfters die Zeichen des Bronchialcatarrhs, der gestörten Function einzelner Lungenabschnitte und der Lungenverdichtung.

Die Section ergab in 3 Fällen multiple Abscesse in beiden Lungen, 3 Mal mehr oder weniger ausgedehnte hypostatische Pneumonien. Einfache Hypostasen und Lungenhyperaemie waren mehrmals das Sectionsergebniss. Die von Biss betonte Seltenheit einer echten Lungenentzündung von grösserer Ausdehnung wird auch durch die vorliegenden Krankengeschichten bestätigt.

Sputum wird gewöhnlich producirt, hat aber nichts Characteristisches. Es war meist spärlich, catarrhalisch, 1 Mal enthielt es blutige, 1 Mal eitrige Beimengungen.

Von den Abdominalorganen erkranken die Nieren regelmässig. Von diesen lässt sich hinsichtlich des beständigen Durchgangs von Eitercoccen durch die Nierengefässe dasselbe wie von den Lungen und dem Herzen sagen. In Folge der Allgemeinintoxication — denn das ist ja der Ausgang der septischen Infection — kam es in 3 Fällen zur Ausbildung einer acuten septischen Nephritis, während als Folge der Ansiedelung von Eitercoccen in den Nieren 3 Mal Eiterheerde in ihnen gefunden wurden. Die septische Nephritis trat als interstitielle Nephritis auf. 1 Mal trat als Folge der septischen Erkrankung eine acute Entzündung einer alten Schrumpfniere auf. Was die Nierenabscesse anbelangt, so handelt es sich um längst gerichtete, den Zügen der Gefässe entsprechende kleine punct- und strichförmige Eiterheerde, die sowohl die Mark- als auch die Rindensubstanz durchsetzten (Dr. Krannhals).

Abgesehen von 3 Fällen, in denen kein Urin erhalten werden konnte, wurde bei sämmtlichen Kranken reichlich Eiweiss gefunden. Die Betheiligung der Nieren fällt gewöhnlich in die erste Zeit der Krankheit. In einem sehr bösartig und rasch verlaufenden Falle trat am Schluss der 1. Krankheitswoche Haematurie mit reichlichem Gehalt an rothen und weissen Blutkörperchen auf. Die Untersuchung der Nieren bei Gelegenheit der Section des am 12. Krankheitstage gestorbenen Kranken ergab Nephritis suppurativa embolica et interstitialis acuta.

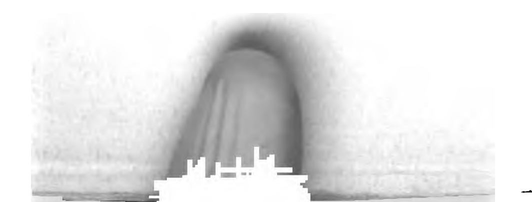
Die Leber wird gewöhnlich in Mitleidenschaft gezogen. Am häufigsten sehen wir Schwellung, Trübung und fehlende Läppchenzeichnung.

In 2 Fällen bestand Fettleber. Die Vergrösserung war mitunter eine sehr beträchtliche (29, 20, 14, 8 und 30, 20, 11, 7). Icterus bestand 1 Mal. Auffallender Weise fanden sich kein Mal Abscesse.

Acuter Milztumor gelangt oft zur Beobachtung.

Von Seiten des Magendarmcanals bestehen ausgesprochene Störungen: Appetitlosigkeit, Uebelkeit, gelegentlich Erbrechen, täglich mehrere flüssige Stühle. Meteorismus. Blutige Ausleerungen wurden, obwohl sonst nichts Ungewöhnliches, bei unseren Kranken nicht gesehen.

Die pathologisch-anatomische Ausbeute ist gering. Die Magendarmschleimhaut bot nichts Auffallendes dar bis auf 1 Fall von frischen catarrhalischen Geschwüren im Dünndarm.



Das Centralnervensystem zeigt stets leichtere oder schwerere Störungen von Kopfschmerz und Somnolenz bis zu tiefem Coma und Delirien. Benommenheit fehlt nicht gegen Ende der Erkrankung, tritt aber nicht selten schon sehr frühzeitig auf. — 1 Patientin war bewusstlos auf der Strasse gefunden worden und blieb es bis zum bald eintretenden Tode.

Die klinischen Erscheinungen finden ihr anatomisches Substrat in Hirnhyperaemie, Hirnhaemorrhagien und multiplen Hirnabscessen. Die Untersuchung des dem Hirnabscess entnommenen Eiters ergab in 1 Fall Staphylococcus pyogenes aur. fast in Reincultur.

Das periphere Nervensystem erkrankt selten. Neuralgiforme Schmerzen sind gelegentlich vorhanden.

Resumiren wir die obigen Auseinandersetzungen, so erscheint uns die kryptogenetische Septicaemie als eine acute Infectionskrankheit allerschwerster Art. Als besonders characteristische Erscheinungen sind hervorzuheben: die schwere Schädigung des Allgemeinbefindens, der rasche Verfall der Kranken, Schüttelfröste, Anaemie, Icterus, Exantheme von mannigfacher Beschaffenheit, die hohe Puls- und Respirationsfrequenz resp. das Missverhältniss zwischen ihnen, das atypische Fieber mit vorwiegend intermittirendem Character, mehr oder weniger schwere Störungen von Seiten der verschiedensten Organe.

Wenn die soeben beschriebenen Erscheinungen die Scene beherrschen, so ist dem Krankheitsbilde ein so characteristischer Stempel aufgeprägt, dass die Diagnose leicht zu stellen ist. Anders verhält es sich aber, wenn die Krankheit nur mit unbestimmten Allgemeinsymptomen oder nur mit Erkrankungserscheinungen eines einzelnen Organs debutirt. Dann ist die Diagnose auf Grund des klinischen Bildes allein ohne bacteriologische Untersuchungen — insbesondere zu Beginn der Erkrankung — schwer, ja zuweilen überhaupt nicht zu stellen. Zu den Krankheiten, die am häufigsten zu Verwechselungen Anlass geben, gehören: acute Miliartuberculose, Typhus abdominalis, Malaria, Endocarditis, acuter Gelenkrheumatismus, Osteomyelitis.

Falls nicht irgend welche Localerscheinungen oder ein Exanthem auftreten, die als entscheidend zu Gunsten der einen oder der anderen von beiden Krankheiten anzusehen sind, so ist die Differentialdiagnose zwischen kryptogenetischer Septicaemie und acuter Miliartuberculose nicht zu stellen, da diese beiden Krankheiten oft sogar längere Zeit unter ganz gleichen Erscheinungen verlaufen können. In dem Fall kann nur der positive Ausfall der bacteriologischen Untersuchung nach der einen oder anderen Richtung den Ausschlag geben.

Fast der gleichen Schwierigkeit begegnen wir nicht selten auch beim Typhus abd. Insbesondere lässt die sogenannte septische Form desselben gelegentlich alle die Zeichen vermissen, die für Ileotyphus characteristisch sind: es fehlt die geringe Pulsbeschleunigung, das gleichmässig in den ersten Tagen ansteigende continuirliche Fieber. Die Beurtheilung der Krankheit wird auch dadurch erschwert, dass bei beiden schon zeitig Albuminurie auftritt und gelegentlich — wenn auch selten — beim Typhus Schüttelfröste vorkommen können. In derartigen Fällen giebt dennoch trotz der Abweichung von der characteristischen Typhuscurve nicht selten die Fiebercurve einen Anhaltspunct zu Gunsten der Diagnose Typhus, falls es nicht dem geübten Auge gelingt, einige characteristische Typhuspapeln zu finden (cf. Dr. Hampeln: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Exantheme bei Typhus abd.»). Es sei auch darauf hingewiesen, dass sich Decubitus bei Sepsis frühzeitig, bei Typhus abd. selten dagegen vor der IV.—III. Woche entwickelt.

Die Differentialdiagnose zwischen Sepsis und Malaria wird in der Regel bald gestellt werden können bei der Anfertigung von genauen Fiebercurven. Auch dürfte das Auftreten eines Herpes labialis oder nasalis die Annahme einer septischen Erkrankung meist zurückweisen.

Die Unterscheidung zwischen Sepsis und Endocarditis kann grosse Schwierigkeiten bereiten, die einerseits darin liegen, dass sich bei Letzterer nicht immer Herzgeräusche nachweisen lassen, andererseits aber auch systolische Geräusche auftreten können, ohne dass sie durch eine Endocarditis verursacht werden. Eine weitere Schwierigkeit ist auch in einigen gleichartigen Symptomen beider Krankheiten gegeben, so zuweilen in der Fiebercurve. Die Thatsache, dass sich bei Sepsis gewöhnlich eine Endocarditis ausbildet und dass die Letztere wohl auch in einzelnen Fällen das erste Zeichen einer septischen Erkrankung sein kann, führt zu dem schon vor längerer Zeit von Litten vertretenen Standpunct der Identificirung dieser beiden Krankheiten.

Die Differentialdiagnose zwischen Sepsis und acutem Gelenkrheumatismus stellen wir auf Grund der Fiebercurve und der localen Beschränkung der rheumatischen Erkrankung auf die Gelenke resp. Gelenkkapseln. Auf die in neueren Arbeiten vielfach vertretene Ansicht über die aetiologische Einheit des Gelenkrheumatismus und der Sepsis kann hier nicht eingegangen werden.

Osteomyelitis endlich ist von der kryptogenetischen Septicaemie schwer zu unterscheiden, wenn sie keine Localerscheinungen hervorruft. Sobald locale Heerde nachzuweisen sind und Allgemeinerscheinungen hinzutreten, haben wir es eben mit einer septischen Erkrankung zu thun, deren primärer Heerd bekannt ist.

In den obigen Auseinandersetzungen habe ich die klinischen Momente hervorgehoben, auf Grund deren die Diagnose zwischen kryptogenetischer Septicaemie und Krankheiten mit ähnlichen Symptomen zu stellen ist. Ich that das in der Ueberzeugung, dass der Beobachtung am Krankenbette — der Klinik — gegenüber der Bacteriologie die alte Bedeutung gewahrt bleibt trotz vielfacher Erleichterungen in der Technik bei bacteriologischen Untersuchungen. Denn abgesehen von anderen Gründen versetzen die Schwierigkeiten, die sich uns bei der Veranstaltung von bacteriologischen Untersuchungen in der Privatpraxis vielfach entgegenstellen, uns leider nicht allzu häufig in die Lage, unsere klinische Diagnose durch ein einwandsfreies Resultat jener Untersuchungsmethode bestätigt zu sehen. Das soeben geschilderte Krankheitsbild zeigt es, dass wir in der Mehrzahl der Fälle durch eine gute Schulung unseres Urtheils bei sorgfältiger klinischer Beobachtung zur richtigen Diagnose gelangen. Es bleibt dann eine verhältnissmässig kleine Anzahl von Fällen übrig, wo nur durch den positiven Ausfall der bacteriologischen Untersuchung die gewünschte Aufklärung ermöglicht wird.

Bücheranzeigen und Besprechungen

Dr. Menzner: Die Bäder, Kurorte und Heilanstalten Deutschlands. Verlag von Caesar Schmidt. Zürich. 1897. Preis 5 Mark.

Erschienen im bekannten Schmidt'schen Verlage der Reisebücher, kann dieses von Menzner verfasste Büchlein willkommen geheissen werden. Entspricht es doch dem Bedürfniss nicht nur Aerzten, sondern auch den Laien einen durchaus sachgemässen, wissenschaftlich zusammengestellten Leitfaden über die sämmtlichen Kur- und Heilstätten Deutschlands in die Hand zu geben. In knapper Weise, jedoch alles Nothwendige enthaltend, vermag es jedermann, der sich einen beliebigen Kurort gewählt, über das ihn interessirende zu

orientiren. Jegliche Parteilichkeit für den einen oder andern Ort, jegliche Reclame irgend einer Kuranstalt ist diesem Werkchen durchaus abzusprechen.

Nicht nur für die Leidenden, auch für den Reisenden kann dieses Werkchen ein ganz guter Wegweiser sein, sind doch die einzelnen Ortschaften den Gegenden nach angeführt, wie sie sich aneinanderreihen. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Heilstätten Süddeutschland, alsdann folgen Norddeutschland Dresden und die sächsische Schweiz, der Harz, die Holstein'sche Schweiz, die Nord- und Ostseebäder.

Das Format ist bequem und das Büchlein lässt sich in jeder Reisehandtasche mit Leichtigkeit unterbringen.

Hecker.

Prof. Dr. F. Moritz: Grundzüge der Krankenernährung. Einundzwanzig Vorlesungen für Studirende u. Aerzte. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1898.

In letzter Zeit ist seitens der bedeutendsten Kliniker der diätetischen Krankenbehandlung das grösste Interesse zugewandt worden, zahlreich sind diesbezügliche Arbeiten angestellt und Publicationen erschienen; spielt doch der Ernährungszustand einerseits eine grosse Rolle hinsichtlich der Widerstandsfähigkeit des Organismus den Krankheiten gegenüber, vermag aber auch andererseits wiederum eine rationelle diätetische Behandlung den Verlauf der Krankheiten stark zu beeinflussen.

Das vorliegende Buch Prof. Moritz's, über die Grundzüge der Krankenernährung ist nun durchaus geeignet einen hervorragenden Platz unter den diesbezüglichen Arbeiten einzunehmen. Interessant geschrieben, enthält es viel Belehrendes; durch die gefällige Form von Vorlesungen, wird die Lektüre sehr erleichtert und jedem Studirenden und Arzte, der es in die Hand nehmen wird, kann es nur zum grössten Nutzen gereichen.

M. ist beim Verfassen des Buches von Gesichtspunkten des Unterrichts ausgegangen, indem er versucht hat schon den Studirenden ein Werk in die Hände zu geben, aus dem sie die wichtigsten Grundsätze zu einer späteren rationellen Handhabung der Diätetik entnehmen könnten.

Der genannte Wissensstoff, über den man verfügen muss, um den Anforderungen einer rationellen Krankenernährung gerecht zu werden, lässt sich in zwei Hauptabtheilungen gliedern. Danach zerfällt auch das Werk Verf.'s in zwei Hauptabschnitte. Im ersten Theile wird der Studirende, der Arzt mit den einzelnen Nahrungsmitteln, mit ihren physikalischen und chemischen Eigenschaften vertraut gemacht; um ein Verständniss für die Art ihrer Zubereitung und Combination zu Speisen zu erlangen. Dieser Nahrungsmittellehre steht gegenüber, aber dabei häufig in einandergreifend, der zweite Abschnitt, welcher die Lehre vom Verhalten des Organismus zur Nahrung in gesunden und in kranken Tagen umfasst.

Wir sind überzeugt, dass dieses Buch sich viele Freunde erobern wird.

Hecker.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. A. Eulenburg. III. Auflage, Band XVI. (Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1898).

Dieser Band enthält die Artikel Molluscum bis Netzknorpel. Es erscheint kaum nothwendig, zu sagen dass er in ebenso vorzüglicher Weise den Forderungen der Neuzeit gerecht wird, wie die vorhergehenden Bände der III. Auflage, die augenscheinlich schnell ihrem Abschluss entgegengeht. Wir begnügen uns daher damit das Erscheinen des neuen Bandes hiermit anzuzeigen.

W.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, in sieben Bänden herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Zweite theilweise umgearbeitete Auflage. Band III. Verlag von Gust. Fischer. Jena 1898.

Dieser Band enthält die Therapie der Erkrankungen der Athmungs- und Kreislaufsorgane. An seiner Bearbeitung hat sich eine Reihe hervorragender Fachmänner betheiligt, die die einzelnen Abschnitte desselben in vortrefflicher Weise dargestellt haben. Die Prophylaxe und allgemeine Behandlung der Luftröhren- und Lungenkrankheiten der Athmungsorgane (ausschliesslich Lungentuberkulose) werden sehr ausführlich von Prof. Dr. Th. v. Jürgensen besprochen, die Inhalations- und pneumatische Therapie derselben von dem auf diesem Gebiete erfahrungsreichen Dr. Adolf Schmid in Reichenhall. Die berühmten Rhino-Laryngologen Kiesselbach und Schech haben die Darstellung der Behandlung der Nasen- und Rachenhöhle und des Kehlkopfes übernommen und Angerer die chirurgische Behandlung der Kehlkopfkrankheiten. Das überaus wichtige Capitel über die Behandlung der Lungentuberkulose gehört der Feder von Prof. Penzoldt. Die chirurgische Behandlung der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien wurde von Sonnenburg, die innere und chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Brustfells und Mittelfellraumes von Stintzing und Schede bearbeitet. Die Therapie der Erkrankungen der Kreislaufsorgane fand eine sehr ausführliche Besprechung von Bauer und Bäumler. Anhangsweise haben Eversbusch und Bürkner die Behandlung der bei Erkrankungen der Athmungs- und Kreislaufsorgane vorkommenden Augen- und Ohrenkrankheiten mit grosser Sorgfalt zusammengestellt. Die Ausstattung auch dieses Bandes ist eine vorzügliche.

Sacher.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen. III. Band, Heft 1: Ueber den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankungen. Von Dr. Ernst Winkler. Verlag von Karl Marhold. Halle a. S 1898.

Mit dem vorliegenden Hefte beginnt der III. Band der bekannten Bresgen'schen Sammlung, auf deren überaus practischen Werth wir schon vor längerer Zeit in unserer Wochenschrift hingewiesen haben. Die jetzt erschienene Abhandlung von Dr. Winkler giebt uns eine sehr ausführliche und sorgfältige Zusammenstellung der mannigfaltigen Beziehungen der Nasenerkrankungen zu den Augenaffectionen und eine streng wissenschaftliche Erklärung derselben. Ausser den alltäglich in der Praxis vorkommenden Combinationen der Erkrankungeu dieser beiden Organe bespricht Verf. auch die seltneren in der Literatur bekannt gewordenen Fälle derselben, wodurch die Broschüre noch mehr an Nutzen gewinnt. Wir können dieselbe deshalb empfehlen und hoffen, dass die Abhandlungen der Bresgen'schen Sammlung sich einer grossen Verbreitung erfreuen werden.

Sacher.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. Lieferungen 21—26. (I. Band, 9—13. Lieferung; III. Band, 6. Lieferung.) Wien 1898. Alfred Hölder.

Je weiter die Herausgabe des Heymann'schen Sammelwerkes fortschreitet, um so mehr müssen wir mit grösster Freude und Befriedigung den hervorragenden Werth desselben anerkennen. Von den uns vorliegenden 6 weiteren Lieferungen desselben sind 5 den Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre gewidmet und enthalten folgende Capitel: Die Neubildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre von Prof. Dr. A. Jurasz und Prof. Dr. P. v. Bruns. Diese beiden Abschnitte bilden eine vortreffliche Monographie, in der die pathologische Anatomie, klinischen Erscheinungen und namentlich die ausserordentlich schwierige Therapie der gut- und bösartigen Tumoren des Kehlkopfes und der Luftröhre mit der grössten Vollständigkeit bearbeitet worden sind. Zahlreiche, naturgetreue Abbildungen illustriren den Text und erleichtern das Verständniss desselben. Ebenso vollständig werden darauf die äusseren und inneren Verletzungen der betreffenden Organe und deren Folgezustände von Dr. C. M. Hopmann beschrieben. Eine zwar kurze, aber klare Darstellung fanden die Fremdkörper in den Luftwegen von Dr. Max Schaeffer. Die catarrhalische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre bespricht der Herausgeber des Werkes Dr. Paul Heymann. Die practisch ausserordentlich wichtigen Capitel über die tuberculöse und syphilitische Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre fanden eine ihnen gebührende ausführliche Darstellung von den um die Rhino-Laryngologie hochverdienten Professoren Dr. Ph. Schech und Dr. Carl Gerhardt, deren vorzügliche Bearbeitung der betreffenden Capitel wohl auch den anspruchvollsten Leser befriedigen wird. Die Beschreibung der leprösen Erkrankung des Larynx und der Trachea wurde dem im Centrum der Lepraerkrankungen lebenden Dr. Bergengrün in Riga anvertraut, der wohl die reichsten Erfahrungen auf diesem Gebiete besitzt. Die folgenden Abschnitte: acute infectiöse Phlegmone, Erysipelas im Larynx von Dr. P. H. Gerber, die Localisation von Hautkrankheiten und parasitären Affectionen im Kehlkopfe von Dr. F. Klemperer, chronische infectiöse Infiltrationszustände im Larynx und Trachea von Prof. Dr. P. Pieniazek, Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten von Dr. W. Landraf und Dr. G. Catti sind recht ausführlich und sachgemäss erörtert. Die 22., den Nasenkrankheiten gewidmete Lieferung enthält die Verletzungen der Nase, Fracturen und Dislocationen von Prof. Dr. E. v. Bergmann, die Fremdkörper, Nasensteine und Parasiten in der Nase und ihren Nebenhöhlen von Prof. Dr. Otto Seifert. Ein näheres Eingehen auf den Inhalt der vorliegenden Lieferungen müssen wir uns leider versagen und begnügen uns damit, das vorzügliche Werk unseren Lesern nochmals auf das Wärmste zu empfehlen. Druck und Ausstattung desselben sind ausgezeichnet.

Sacher.



Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Sept. d. J. 7664 (50 mehr als in d. Vorw.), darunter 638 Typhus — (23 wen.), 818 Syphilis — (3 mehr), 121 Scharlach — (10 wen.), 149 Diphtherie — (6 mehr), 20 Masern — (3 mehr) und 2 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. September 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
330	255	585	140	53	109	18	5	11	42	53	42	46	37	22	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 14. Diphtherie 24, Croup 2, Keuchhusten 18, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 81, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Rechtsamer, Ueber die Uebungstherapie bei Tabes.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Frankenhäuser, Ueber einen Fall von Morbus maculosus Werlhofi.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 26, кв. 14.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Irene Marie Chomse, Басковъ пер. 3, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Невскій просп. д. 138, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 2 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St. Petersburg, 10. (22.) October 1898

Die sociale Stellung der Aerzte.

Von

M. Treymann.
Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetag in Wolmar).

Der Beruf des Arztes ist so zu sagen ein ewiger Beruf.

So lange es Menschen giebt, werden Kranke und Schwache unter ihnen sein, die des Trostes, der Schmerzlinderung, der Stütze bedürfen — so lange eine Menschheit existirt, wird sie einer öffentlichen Hygiene bedürfen.

Ohne Kenntniss der natürlichen Bedingungen des Daseins, ohne Studium der Natur in dem weitesten Sinne, wie nur der Arzt es sich zu eigen machen kann und soll, wird weder der Leib noch der Geist der Menschheit gedeihen. Der Arzt ist kein Zauberer, wozu ihn die Unwissenheit und die Sehnsucht nach der individuellen Unsterblichkeit stempeln möchten, er hat keine Macht über den Tod, der als unerschütterliches Naturgesetz die Verjüngung in seinem Schoosse birgt, wohl aber hat er eine Macht über das Leben, über die würdige Regelung und Gestaltung des körperlichen und geistigen Daseins. Unbewusst oder bewusst besteht daher unter den Menschen eine Werthschätzung des ärztlichen Berufs, die, wenn sie auch grossen Schwankungen unterliegt, niemals schwinden kann. Die Gechichte lehrt uns, dass das Culturniveau eines Volkes dem Grade der Werthschätzung entspricht, die der ärztliche Beruf geniesst.

An dem Beispiel der Griechen und Römer, deren unvergängliche Culturarbeit das Fundament der modernen Civilisation bildet, wird sich Gelegenheit bieten, die Behauptung zu erweisen.

Nach dem Zusammenbruch des römischen Weltreichs giebt es im Chaos der Völkerwanderung und der in unaufhörlichen barbarischen Kriegen erfolgenden staatlichen Constituirung der zahlreichen europäischen Völkerschaften, eigentlich nur einen Ruhepunct höherer Cultur, das blühende arabische Reich, von Damascus bis Cadiz an den Gestaden des mittelländischen Meeres sich erstreckend. Eine Oase in der europäischen Wüste! Und mitten darin die Hochschule von Salerno. Mit der Zerstörung des arabischen Culturcentrums, der Verachtung der Naturwissenschaften, der Zurückdrängung der wirthschaftlichen Errungenschaften greift ein Zustand der Barbarei in Europa Platz, der sich über Jahrhunderte erstreckt. Die geachtete Stellung der Aerzte scheint unwiederbringlich verloren. In scholastischen und mystischen Grübeleien verzehrt sich der menschliche Geist, bis das aus dem echten christlichen Quell sich hervordrängende Gemüth der Unmasse der Elenden und Bedrängten sich erbarmt. Unwissende, d. h. des Naturgeschehens unkundige, Mönche werden die Begründer von Asylen für Kranke und Schwache. Die Priester werden in der Noth Naturärzte und die ersten Gründer unserer Krankenhäuser. Grosse Schenkungen der Reichen an die Kirchen werden für die Armen und Elenden verwendet und die Priester stehen vor den Letzteren wie die Heiligen da — ideale Aerzte, die für ihre Mühe nichts Anderes als «Gottes Lohn» begehren.

Und wir, m. H., sind die Erben dieses priesterlich-ärztlichen Standes mit allem Segen und allem Druck, der damit verknüpft ist. Wir stehen eben noch mit einem Fusse im Mittelalter — an welches ja auch alle Curpfuscher erinnern — obwohl so viele Jahrhunderte dahingegangen sind.

Sie sehen wohl: im Mittelalter ist der ärztliche Beruf oder vielmehr seine Werthschätzung verloren gegangen. Unwissende Kräuterphilosophen, Scholastiker und Mystiker nehmen sich der armen Menschheit an, bis sie durch den schwarzen Tod (1347—52), den englischen Schweiss (1486), den Flecktyphus (1477), die Diphtherie (1500), den Scorbut (1483), die Lustseuche (1493), die Influenza, die Kribelkrankheit und den Keuchhusten (1510

bis 1590) — bis sie, mit einem Wort, durch die rauhe Hand der Natur daran erinnert wurde, dass Hippocrates, Galen und die Araber nicht in alle Ewigkeit der trägen und verwilderten Menschheit helfen konnten. In der That war die Grundlage der Medicin — die Anatomie — vollständig verloren gegangen.

Sicher ist, dass der Bau des menschlichen Körpers erst im 16. Jahrhundert, und zwar vorherrschend in Italien, neu entdeckt wurde.

Das Zeitalter der Rénaissance ist die Wiege der grossen Künstler und der wissenschaftlich gebildeten Aerzte, unserer grossen Väter im Beruf.

Um der Kunst und Medicin willen studirten sie Anatomie, Leonardo da Vinci mit dem Arzt Marc Antonio della Torre (1518 †), Rafaelo Santi mit Rosso di Rossi (1520 †), Michel Angelo mit dem Anatomen Colombo (1563) u. s. w.

Dank den zahlreichen grossen Männern, deren Namen, an die verschiedenen menschlichen Körpertheile geheftet, während des Studiums der Medicin unserem Gedächtniss einverleibt wurden — stieg das Ansehen des ärztlichen Berufs von Jahrhundert zu Jahrhundert in der Culturwelt des alten und neuen Continents. Dabei fielen nach und nach fast alle Schranken, die die Entwickelung und Vermehrung der Aerzte hinderten und ihre sociale Stellung erschwerten. Lange Zeit gehörten dazu die Bestimmungen des Strafgesetzes hinsichtlich des Berufszwangs.

Aus der Uebersicht der ausländischen Gesetzgebungen neuerer Zeit geht aber hervor, «dass sie alle nach und nach die ärztliche Verantwortlichkeit vor dem Criminalgericht für die Weigerung, der Aufforderung zur Hilfeleistung bei einem Kranken Folge zu leisten, haben fallen lassen». [1])

In Deutschland heisst es in der deutschen Reichsgewerbeordnung vom 21. Juli 1869, Abschn. X, § 144: Aufgehoben aber werden alle für Personen des ärztlichen Berufs bisher bestehenden Bestimmungen, welche sie unter Androhung von Strafen verpflichten, ärztliche Hilfe zu leisten.

In der belgischen Gesetzgebung finden sich keine Bestimmungen, auf Grund deren Aerzte für die Weigerung, der Aufforderung zur Hilfeleistung bei einem Kranken Folge zu leisten, gerichtlich belangt und bestraft werden können (Note des belgischen Ministers des Auswärtigen an den russischen Gesandten in Brüssel vom 23. Mai 1874 Nr. 9358 — 12).

In der englischen Gesetzgebung giebt es ebenfalls keine geschriebenen Zwangsgesetze in Betreff der Aerzte (Med. Bote, Jahrg. 1874, Nr. 15, Fol. 150). In England ist eine Person, die sich mit ärztlicher Praxis beschäftigt, aber nicht Armenarzt ist, nicht verpflichtet, in jedem beliebigen Fall Hilfe zu leisten, wenn dieselbe auch gefordert wird. (Copie der Depesche des englischen Ministers der auswärtigen Angelegenheiten Derby vom 10. Juli 1875 Nr. 531.)

In Frankreich ist die Hilfeleistung bei Kranken in der Privatpraxis nicht obligatorisch.

Ob die oesterreichische Gesetzgebung, laut welcher im Jahre 1875 der Berufszwang noch bestand, sich seither den erwähnten Culturländern angeschlossen hat, vermag ich nicht anzugeben.

Ich entnehme diese Daten einem 1875 im «Regierungsanzeiger» abgedruckten Memorial unseres Medicinal-Conseils, welches das erste Mal bereits im Jahre 1845 gegen das erwähnte Zwangsgesetz protestirt hatte.

Dies Memorial berichtet, dass ohne irgend welche Versäumniss oder Verfehlung der Aerzte dem Publicum gegenüber im Jahre 1842 ein bureaukratischer Einfall des Grafen Bludow die Creirung des Zwangsgesetzes veranlasst habe. Dasselbe sei dann trotz des eingehend motivirten Widerspruchs des Medicinal-Conseils in das Strafgesetzbuch von 1845 und später in das vom Jahre 1866 übergegangen.

Es erregte begreiflicherweise mein höchstes Interesse, als vor 22 Jahren, 1875, unser Medicinal-Conseil gegen die drakonische Gesetzgebung abermals protestirte, unter ausführlicher und von Wohlwollen für die Aerzte erfüllter Begründung.

Die Einsicht in das interessante Document, das ich aufbewahrt habe, steht Jedem von Ihnen jederzeit zur Verfügung.

«Zu Ehren des ärztlichen Standes und seiner humanen Entwickelung», heisst es dort unter Anderem, «habe keine practische Nothwendigkeit zum Erlass derartiger Gesetze vorgelegen. Seit ihrer Existenz habe sich aus denselben Gründen nur selten ein Anlass gefunden, sie anzuwenden. Weder die staatlichen Zwecke noch die Interessen der Aerzte und der Gesellschaft würden dadurch gefördert. Im staatlichen Interesse liege eine möglichst freie Entwickelung der ärztlichen Profession und dadurch Vermehrung der Zahl der Aerzte. Die Interessen der Gesellschaft congruiren mit den Interessen des Staats und es liege näher und sei zweckentsprechender, sich die ärztliche Hilfe durch freie, allen andern ähnliche Beziehungen zu sichern, statt auf Grundlage des Strafgesetzes. Es entspreche auch nicht der in letzer Zeit ausgebildeten Anschauung unserer Gesetzgebung, denn sie bestimme sogar solche Beziehungen zwischen dem Arzt und Patienten, für welche sie in allen anderen Fällen, die persönliche Handlungen des Menschen voraussetzen, den Vertrag oder freiwillige Uebereinkunft der Parteien als Grundlage voraussetzt (Art. 1528, Bd. X. d. Gesetzsammlung, Th. I). Sie verpflichte nämlich den Arzt, auf den Ruf des Patienten zu erscheinen, wobei eine Strafe nicht nur für den Fall festgetzt sei, falls aus dem Nichterscheinen des Arztes eine Gefahr für den Patienten entstand (§ 1522), sondern auch für die Thatsache des Nichterscheinens an sich; die Gesetzgebung schärfe es als unumstössliche Pflicht ein, «arme und besitzlose Leute» unentgeltlich zu behandeln (§ 547 des Medicinalstatuts), sie schreibe vor, sich hinsichtlich der «wenig Bemittelten» mit der festgestellten, sehr geringfügigen Zahlung zu begnügen (§ 550)» etc. Sehr ausführlich weist nun der Medicinal-Conseil nach 1) dass die Widersprüche, Unklarheiten und Schwierigkeiten bei der Anwendung des Gesetzes über die Verantwortlichkeit des Arztes für das Nichterscheinen bei einem Kranken eine Abänderung derselben höchst wünschenswerth erscheinen lassen, und 2) dass es nothwendig sei, die Frage der Remuneration für ärztliche Mühewaltung zum Gegenstand einer besonderen legislatorischen Arbeit zu machen.

Nach diesem Exposé wirkten die zum Schlusse des Memorials in 10 Punkte zusammengefassten Vorschläge höchst überraschend und entmuthigend.

Jeder practisch thätige Arzt, der sie prüfte, sagte damals, im Jahre 1875: «Es bleibt also Alles beim Alten». In diesem Sinne äusserten sich in der Petersb. Zeitung (Nr. 244) einige Residenzärzte und ein Provinzialarzt — meine Wenigkeit.

Wir haben alle leider Recht behalten. An meinem Artikel brauche ich heute kein einziges Wort zu verändern. Heute, nach 22 Jahren besteht noch eben unverändert das bekannte Zwangsgesetz und fehlt eine Gebührenverordnung für die Aerzte. Nach Daten des Medicinaldepartements im Ministerium des Innern hatte sich in einer 30jährigen Periode, von 1840—1870, die Zahl der Aerte von 6879 auf 10898

[1]) Gutachten der Commission des Medicinalconseils in dieser Frage im Jahr 1875 (Pet. deutsche Ztg. Nr. 242, 14. Septbr., Beiblatt.)



gehoben, also um etwa 4000 Aerzte vermehrt. Das Medicinal-Conseil meinte (1875), dass eine solche Vermehrung als schwach bezeichnet werden müsste.

Nun — in den letzten 20 Jahren, von 1870 bis 1890, ist die Zahl der Aerzte von 10898 auf nur 12531 gestiegen, also nur um etwa 1600 Aerzte gewachsen! Man wird nicht fehl gehen, wenn man diese äusserst geringe Vermehrung der Aerzte und ihre Anhäufung in den Städten, mit anderen Worten, ihre Flucht aus den unerträglichen Verhältnissen der Provinz, auf die Aufrechterhaltung der drakonischen Gesetzgebung und die durch letztere beeinflusste Anschauung der Gesellschaft zurückführt.

Ich bitte Sie um Entschuldigung wegen der ausführlichen Darstellung der wesentlichen Momente, aber es liegt mir daran, Ihnen den Nachweis zu liefern 1) dafür, dass wir von Niemanden Hilfe in unserer äusserst schwierigen socialen Stellung zu erwarten haben und 2) dafür, dass wir im Gegensatz zur Erhöhung der socialen Stellung der Aerzte in allen Culturländern einen kolossalen Rückschritt zu verzeichnen haben als Folge der Gesetzgebung von 1842, die uns in eine nur durch die Freizügigkeit gemilderte Sclaverei gestürzt hat.

Ich behaupte dies, was a priori klar ist, auf Grund einer 33jährigen Lebenserfahrung als Arzt, der in verschiedenen Gebieten des Reichs und in verschiedenen Lebensstellungen thätig gewesen ist, und wundere mich nur über den einen Umstand, dass in dem augenscheinlichen Elend und der ungewöhnlichen Bedrängniss der ärztliche Stand in Russland sich noch ein solches Maass von Aufopferungsfähigkeit und Muth bewahrt hat, um seine schwere humane Pflicht zu erfüllen. Dass wir wissenschaftlich nur als bescheidene Nachahmer den Spuren unserer glücklicheren Genossen in anderen Ländern folgen, dass wir in den letzten 50 Jahren nur eine verschwindende Anzahl ärztlicher Genies hervorgebracht haben von europäischem Ruf oder Weltruf — darf man uns unter den obwaltenden Umständen nicht zum Vorwurf machen. Ich will nur Einiges anführen, um zu zeigen, wie systematisch und erbarmungslos die Kraft des Arztes aufgerieben wird. Man bedenke — und vergesse nicht dabei die Strafandrohung — wie den Aerzten in einem Lande, wo nur einige wenige Grossstädte eine organisirte Armenpflege haben, schlankweg die unentgeltliche Behandlung «der Armen und wenig Bemittelten» aufgebürdet wird — eine Pflicht, die doch der ganzen Gesellschaft obliegt — und den Wohlhabenden gegenüber auf die 150 Jahre alte Taxe Peters des Grossen hingewiesen wird!

Man betrachte ferner die Nachtarbeit und die stete Sonntags- und Feiertagsarbeit des Arztes im Lichte des bekannten Zwangsparagraphen. Ein ungebildeter, launenhafter oder boshafter Mensch kann ohne krank zu sein, den Arzt jederzeit am Arbeiten, am Schlafen und Essen ungestraft hindern, nach Willkür foppen und betrügen. Ich betone, dass ich hier von Wirklichkeiten, nicht von Möglichkeiten rede. Wenn der Arzt ein Honorar verlangt, hat das Publicum das gesetzliche Recht zu sagen: «Er hat gar nichts zu fordern, er hat zufrieden zu sein mit dem, was man giebt». Wenn der Arzt eine Honorarforderung vor dem Gericht geltend macht, darf der Richter ihn mit berechtigtem Hohn abweisen und das Publicum das Vorrecht behaupten, ihn als geldgierig und inhuman zu verschreien.

Trotz des sich rapid entwickelnden russischen Eisenbahnnetzes giebt es in unserem 100 Millionen-Reich Landärzte, die behufs Versorgung ihrer Praxis jährlich zu Wagen eine Strecke zurücklegen, die einer Hin- und Rückreise von Petersburg bis Nertschinsk gleichkommt — auf unglaublichen Wegen, in unglaublichen Gefährten, begleitet von unglaublicher Rücksichtslosigkeit eines anspruchsvollen und undankbaren Publicums.

Zur Ergänzung und an die Stelle der Männer rücken jetzt die Frauen als Berufscollegen ein, um mit ihren billigeren Ansprüchen und noch grösseren Aufopferungsfähigkeit masslose Forderungen zu befriedigen. Ich weiss z. B. von einem Frauenarzt im Gouv. Pleskau, einer tüchtigen, wissenschaftlich gebildeten Frau, die auf den Praxisfahrten ihren Mann als Kutscher gebraucht. Das Publicum ist entzückt von dieser vorzüglichen Einrichtung und das Ehepaar erhält sich durch Tag- und Nachtarbeit kümmerlich am Leben. Es wäre freilich ruinirt, wenn die Frau schwanger werden sollte.

Wozu sollten die Aerzte aber auch nach Nachkommenschaft trachten, da sie sich selbst kaum erhalten können, da sie in grösster Dürftigkeit leben, nach kurzem Dasein ihre Wittwen und Waisen in Noth zurücklassen, ja oft ihr Begräbniss nur durch die Collecte Mitleidiger erlangen können, wie z. B. vor Kurzem in einer grösseren Nachbarstadt sich ereignete. Sie werden aus den in der Petersb. Med. Wochenschrift erscheinenden kurzen Necrologen der Aerzte, wenn Sie sie aufmerksam studiren, zahlreiche Bestätigungen dessen finden, was ich hier erwähnte. Sie werden nicht verlangen, dass ich über die «Verwendung» der Aerzte in Epidemien und Kriegen viel Worte verliere. Der rechte Arzt stirbt in solchen schrecklichen Zeiten gern, denn er stirbt den Heldentod. Es heisst überall, dass die Nichtärzte diesen Tod als beneidenswerthes Menschenloos empfinden. Sollen wir versuchen, an dies tiefe Verständniss und an diese grosse und reine Empfindung zu glauben? . . Wo sind die opferfreudigen Thaten unserer Gesellschaft, welche nur annähernd den enthusiastischen Lobsprüchen die Waage halten, mit denen die Aerzte in gefährlichen Zeiten ermuntert werden?

Wer unter den Aerzten mich bei dieser Darstellung der Uebertreibung zeihen sollte, dem würde ich antworten, dass ich ihm zu seiner exceptionellen Lebensstellung und der daraus fliessenden optimistischen Anschauung Glück wünsche, jedoch fest davon überzeugt bin, dass ihm die eigentliche Lage des russischen Arztes vollkommen unbekannt sei. So wie ich die sociale Stellung des Arztes zeichne, ist sie in der That, nicht wie sie sich die ziemlich gut situirten Aerzte vorstellen, die in den wenigen grossen und wohlhabenden Städten innerhalb einer mehr oder weniger gebildeten Bevölkerung practiciren.

Zum Glück habe ich für meine Auffassung der socialen Stellung der russischen Aerzte einen unparteiischen Bundesgenossen, einen geistreichen Laien, den russischen Novellisten Lugowoi.

Was ist in Lugowoi's scharf und klar beobachtenden Augen der russische Arzt? Lesen Sie den betreffenden Abschnitt in seinem «Pollice verso» und Sie werden antworten müssen: Der russische Arzt ist ein Sclave — ein Gladiator, der mit Seinesgleichen in der Arena um die Gunst des Publicums auf Tod und Leben kämpft, in ängstlicher Erwartung des Todesurtheils aus den Logen! So urtheilt eine kluge Stimme aus dem Publicum! So weit ist die sociale Stellung des Arztes bei uns herabgedrückt worden in 50 Jahren! Weiter konnten wir nicht sinken — und es erhebt sich nur die eine Frage: Wie kann uns geholfen werden? Die letzten 22 Jahre beweisen zur Genüge, dass uns die Gesellschaft weder helfen will noch kann, dass wir einzig und allein auf uns selbst angewiesen sind: Aide-toi et le ciel t'aidera! Trösten wir uns mit der grossen Wahrheit: «Je schlimmer es steht, desto besser es geht.» — Den bekannten Zwangsparagraphen zu erschüttern, scheint unmöglich zu sein.

Folglich können wir uns von dem unerhörten Druck nur dadurch allmählich aber sicher emancipiren, dass wir unsere vollständig untergrabene materielle Wohlfahrt sicher stellen. Es ist das einzige Mittel, um uns aus der Armuth und Missachtung herauszuringen, an der Körper und Seele des Aerztestandes zu Grunde gehen muss. Noch sind wir trotz allen Elends geistig stark durch die tausendjährige Uebung in altruistischer Gesinnung und Arbeit, aber auch unser ideales Streben muss ins Nichts versinken, wenn man uns die Nahrung und den Schlaf entzieht und uns nur den mit Millionen Bacterien geschwängerten Sauerstoff als Subsistenzmittel überlässt. Kurz, ob wir wollen oder nicht, wir müssen uns den Entgelt, den Lohn für unsere ausserordentliche Mühe verschaffen, um nicht Hungers zu sterben im Zustande der Hörigkeit.

Dies kann nur geschehen durch eine von uns selbst aufgestellte Gebührenverordnung, die von einem oder mehreren Vereinen von Aerzten sanctionirt und verbindlich für die einzelnen Mitglieder gemacht wird. Zugleich ist dafür zu sorgen, dass die der Gebührenverordnung angepassten ärztlichen Forderungen nöthigenfalls durch einen Rechtsanwalt vor den zuständigen Gerichten geltend gemacht werden. Wenn alle Aerzte einig sind und in corpore auf solche Weise ihre Ansprüche öffentlich zur Sprache bringen, wird eine staatlich geregelte Gebührenverordnung nicht lange auf sich warten lassen.

Auch ist solch' eine Taxe aufzustellen nicht schwierig. Denn sie existirt ja schon, aber sie ist willkürlich und verschämt, so zu sagen geheim. Wie viel ein ärztlicher Besuch, eine Operation, eine Fahrt über Land kostet, wird doch auch bei uns oft gefragt, oft beantwortet und in Nothfällen oder aus Dankbarkeit vergütet. Man sammle diese Erfahrungen, man registrire sie, man nehme die Gebührenverordnung unseres Nachbarstaates zur Hand, vergleiche — und man wird im Handumdrehen eine sichere Ordnung geschaffen haben, während man sich bis heute verstohlen ein stets wechselndes, meist unter aller Kritik stehendes Honorar in die Hand drücken lässt.

Merkwürdigerweise giebt es unter den Aerzten selbst, wie ich oft erfahren habe, Gegner der Einführung einer ärztlichen Taxe. Ich habe milde und strenge Gegner gefunden. Die Ersteren operiren mit dem sog. Idealismus. Es schwebt ihnen der Spruch des Aristoteles vor: «Es ist eines edlen Mannes nicht würdig, an den Nutzen zu denken». Gewiss, so lange die Arbeit von Sclaven verrichtet wird, kann der Besitz sich dem otium cum dignitate hingeben. Seitdem aber die antike Sclaverei aufgehört hat, seitdem die Arbeit, jegliche Arbeit, zu Ehren gekommen, ist es auch eines edlen Mannes würdig, nutzbringende Arbeit für die Menschheit zu leisten und durch Arbeit für sich und seine Nachkommen Besitz zu erwerben. Heute heisst es:

«Was Du ererbt von Deinen Vätern hast,
Erwirb es, um es zu besitzen.»

Heutzutage ist Alles schliesslich «Arbeit» — und zwar um Entgelt! Der gegenwärtige Besitz ist Arbeit der Vergangenheit; alle Arbeit der Gegenwart — Besitz in der Zukunft. Dies sei die Antwort an die milden Gegner des Erwerbs, des Gelderwerbs, der Sacra auri fames, des «Goldhungers», der übrigens dem Philosophen Seneca so wenig fremd war, wie unsern modernen Philosophen und Idealisten. — Die strengen Gegner, die «Uebermenschen» argumentiren mit Hilfe der «Herrenmoral» folgendermassen: Nur der sichere Besitz gewährt eine Garantie idealen Strebens. Die Armuth verliert die Spannkraft und zieht im Streben nach Gewinn von der Höhe in den Schlamm, in den niederen Egoismus des Lebens hinab. Auf der Höhe des Berufs wird also immer nur der begüterte Arzt stehen. Es ist kein Verlust für die der uneigennützigen Hilfe bedürfenden Menschheit, wenn der schwache im Elend lebende Arzt ins Proletariat versinkt. Werthvoll ist in dieser Deduction nur das unwillkürliche Zugeständniss, dass der Besitz irdischer Güter der Ausübung des ärztlichen Berufs höchst zuträglich sei. Im Uebrigen spiegelt sich darin die römisch-caesarische Lebensphilosophie, der neuerdings Nietzsche beredten Ausdruck verliehen hat. Diesen strengen «antiken» Gegnern erwidere ich: Die allmächtige Natur liess die Genies in Schlössern gleichwie in Hütten geboren werden, und da es der letzteren auf der Welt eine viel grössere Anzahl giebt, so überwiegt naturgemäss bedeutend die Zahl der den Hütten entstammenden Genies, die sich das Recht des Lebens nicht nehmen lassen. Wir Aerzte können z. B. den armen Ambroise Paré, den Zeitgenossen des armen Shakespeare, auf keinen Fall missen, obwohl er als Barbierjunge seine Laufbahn begann. Denn die Geschichte der Medicin meldet von ihm, nachdem er Leibarzt des Königs von Frankreich geworden, dass er, berühmt als Chirurg und als Geburtshelfer und gepriesen als der erste «humane» Arzt der damaligen Zeit, das Herz eines Löwen und die Hand einer Jungfrau besass. Entschuldigen Sie diese fast poetische Abschweifung in vergangene Zeiten, zu den beiden grossen Unsterblichen! Ich kehre, trotz des Widerspruchs leider auch von collegialer Seite, zur Prosa zurück und befürworte dringend die Gebührenverordnung — nach dem Muster im Deutschen Reich vom Jahre 1896 — die ich Ihnen vorlegen kann, und bin der Meinung, dass wir uns selbst diese Taxe geben müssten, da kein Anderer sie uns geben will.

An ihrer Hand werden wir uns aus sogenannten Idealisten in treue und gute Geschäftsleute verwandeln. Dass wir treue Helfer der Menschheit in unverändert altruistischer Denkart bleiben, dafür wird die Tradition und ideale Lebensauffassung unseres allzeit berühmten Standes sorgen. Der Weg, den wir zurückzulegen haben, ist freilich beschwerlich und lang, aber er wird uns endlich zum Ziel führen — zu Aesculap hinauf, dem Ideal des grossen Griechenvolks.

Sie kennen Lucians «Göttergespräche». Gestatten Sie mir mit seinem «Rangstreit» zu schliessen. Sie werden daraus ersehen, in welcher Werthschätzung der ärztliche Stand vor circa 1800 Jahren von den Griechen und Römern gehalten wurde.

Aesculap trieb bekanntlich seine Heilkunst so weit, dass er seine Patienten nicht nur gesund machte, sondern sogar wieder ins Leben zurückrief, wenn sie gestorben waren. Der unterirdische Pluto klagte über diesen Eingriff in seine Rechte und Jupiter sah sich genöthigt, dem Arzt das Handwerk zu legen. Er tödtete ihn mit seinem Blitz — aber nahm ihn als Sohn Apollo's und Wohlthäter der Menschheit unter die Götter auf.

Am Tische der Götter sass Aesculap nun über dem Hercules.

Darob ärgerte sich Hercules und begann einen grossen Streit. Er rühmte sich seiner Heldenthaten, seiner blutigen Kämpfe und schalt Aesculap einen Giftmischer, einen Wurzelkrämer und Quacksalber, der keine mannhafte That in seinem Leben aufzuweisen habe.

Da antwortete ihm Aesculap:

«Freilich, das war keine mannhafte und edle That, als ich die Brandblasen heilte, womit du bedeckt warst, als du neulich halbgebraten, und sowohl vom vergifteten Hemde der Dejanira, als vom Feuer am ganzen Leibe zugerichtet, in den Himmel heraufkamst! Uebrigens, wenn ich auch sonst nichts für mich sagen könnte, so



bin ich doch wenigstens nie ein Knecht gewesen und habe keine Wolle in Lydien gekämmt, und keinen purpurnen Weiberrock getragen und bin nie von einer Omphale mit dem goldenen Pantoffel um die Ohren geschlagen worden. — Ich meine wohl: ich bin ein weit besserer Mann als Du!

Da gerieth der einstige Uebermensch Hercules in Wuth und vermass sich, den Aesculap zum Himmel hinauszuwerfen.

Jupiter aber gebot Ruhe und sprach: Macht dem Streit ein Ende und stört unseren Frieden nicht! Es ist gewiss billig und recht, dass Aesculap seinen Platz über dem Hercules behalte. Er gebührt ihm ja schon nach der Anciennität! Aesculap war früher hier bei uns, als Du, o, Hercules!

So erzählt Lucian vor 1800 Jahren! — Und so ist es: dem ärztlichen Stande ist von höherer Macht eine Stellung angewiesen worden, die so hoch über der Gladiatoren-Arena steht, wie der Himmel über der Erde. — Raffen wir uns endlich auf! Erobern wir uns diesen verloren gegangenen Platz, den unsere Väter im Beruf einmal besessen haben!

Riga, 4. August 1898.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Gellhorn: Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutter-Scheidenkrebses mit dem Glüheisen. Berlin 1898. Verlag von S. Karger.

Die mittlere Mortalitätsziffer für die Totalexstirpation des Uterus bei Carcinom beläuft sich auf circa 9,1 pCt. (statistische Tabellen zeigen Schwankungen von 1,8 pCt. bis 21,4 pCt.). Viel ungünstiger gestaltet sich das Endresultat, das kaum 50 pCt. Heilung aufweist. Das Recidiv entsteht entweder durch Impfinfection (Winter, Mackenrodt) oder dasselbe muss auf Rechnung nicht radicalen Operirens gesetzt werden (Leopold). Um dem ersteren Uebelstand nach Möglichkeit Abhilfe zu schaffen, benutzte Mackenrodt zur Entfernung den Paquelin, welcher später durch den galvanocaustischen Brenner, schliesslich seit 1897 durch das Glüheisen ersetzt wurde. 39 Fälle wurden nach dieser Methode operirt, die Krankengeschichten sind angeführt. Nach Mackenrodt's Grundsatz wurden die Grenzen der Operationsmöglichkeit nach Möglichkeit ausgedehnt, wo nach anderen Methoden nicht mehr operirt werden konnte. Die Mortalität betrug 17,9 pCt., doch handelte es sich, wie gesagt, theilweise um Fälle, die jenseits der Grenze dessen, was man gemeinhin als operabel bezeichnet, standen. Theilweise trägt die noch nicht bis zur Vervollkommnung gelangte Technik die Schuld an der verhältnissmässig hohen Mortalitätsziffer. Letzterem Umstande werden die nicht selten vorkommenden Nebenverletzungen von Blase, Ureter und Darm zur Last gelegt. Unter 39 Operationen sind 7 resp. 9 Ureterfisteln (4 Mal einseitig, 2 Mal doppelseitig, 1 Mal einseitig mit Blasenfistel), 4 Mal Blasenfisteln und 3 Darmverletzungen zu verzeichnen, — ein Uebelstand, der doch nicht unbeachtet gelassen werden kann. Die Blutstillung war ursprünglich streng praeventiver Art, machte aber später der consecutiven Platz, die blutenden Stellen wurden mit dem Glüheisen betupft und wo eine spritzende Blutung auftrat eine verschliessende Klemme, gewöhnlich nur temporär, oder eine Ligatur angelegt, eine Nachblutung wurde nie beobachtet.

Nach Abzug der 7 Todesfälle blieben 32 geheilt Entlassene, von diesen erkrankten zum zweiten Mal an Carcinom 3, wobei ein Recidiv in der Narbe in keinem Falle eingetreten war — ein Umstand, aus dem Verf. den Schluss zieht, dass die Gefahr der Impfinfection bei der Anwendung der Igniexstirpation wegfällt. Mehr als 2 Jahre blieben recidivfrei 8, mehr als ein Jahr 8, bis zum ersten Jahr 4, die Uebrigen kamen der kurzen Beobachtungsdauer wegen nicht in Betracht. Die Indication der Igniexstirpation wird folgendermassen formulirt: Der Uterus muss noch «etwas beweglich» sein, die Infiltration der Lig. lata muss noch eine freie Zone von 1—2 Ctm. an der Beckenwand frei lassen, Betheiligung der Vagina an der malignen Neubildung ist keine Contraindication, wohl aber die der Blase oder des Mastdarms. Ist die Grösse des Uterus einer vaginalen Entfernung hinderlich, so ist der abdominale Weg zu beschreiten.

Verf. schliesst seine Arbeit mit der Versicherung, dass «das was die Igniexstirpation versprochen hat, die Verbesserung der Dauerresultate, sowohl was die Operationsmöglichkeit als auch was die radicale Heilung betrifft, in Wirklichkeit erfüllt wird».

Lingen.

Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897. Berlin. 1897 I, II. 1898 III. Verlag von August Hirschwald.

Nachdem nun auch der 3. Band dieses Werkes erschienen und damit dasselbe zum Abschluss gekommen, halten wir es für unsere Pflicht alle diejenigen Collegen, die sich mit der Leprafrage bekannt machen wollen, auf dieses hervorragende in der Literatur einzig dastehende Werk aufmerksam zu machen. Während man bisher stets auf die beiden grundlegenden Arbeiten, das Buch von Daniellsen und Boek und die Monographie von Leloir recurriren musste, hat man nun auch das vorliegende Buch als dritte grundlegende Arbeit stets heranzuziehen.

Glänzend war der Verlauf der Lepra-Conferenz, war es doch zum ersten Male, abgesehen von den hygienischen Conferenzen bezüglich der Cholera resp. Pest, dass sich eine officielle internationale Conferenz versammelte, um die Massregeln gegen eine infectiöse Hautkrankheit zu berathen und zwar zu einer Zeit, wo sie noch nicht eine so allgemeine Verbreitung gefunden, wie Pest und Cholera. Es beweist dieses, dass die Prophylaxis der Infectionskrankheiten in den verschiedensten Staaten bereits Beachtung findet und der Begriff, dass man eine Krankheit dann bekämpfen muss, wenn ihre Ausbreitung erst beginnt, auch bei den Staatsmännern anerkannt wird. Diese Ideen werden auch in den im II. Bande wiedergegebenen Reden der Minister Dr. Bosse und Graf Posadowsky ausgesprochen.

Band I und III bieten eine grosse Anzahl höchst interessanter Specialarbeiten der verschiedensten Lepraforscher aller Herren Länder, Band II enthält die Protocolle der Sitzungen.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir alle die einzelnen Arbeiten genauer referiren, doch können wir es uns nicht versagen, auf einzelne derselben hinzuweisen.

Wohl jedem Collegen wird es interessant sein Virchow's Stellung zur Lepra kennen zu lernen. In seiner Arbeit (pag. 120—127) «Die Stellung der Lepra unter den Infectionskrankheiten» erkennt Virchow den Hansen'schen Bacillus vollkommen an und sagt: «der Schluss ist nicht zu umgehen, dass sie auf einen gesunden Körper durch Uebertragung von einem erkrankten Körper, also durch Ansteckung gelangen». Bei Eröffnung der 2. Sitzung sagte Virchow, welcher bekanntlich präsidirte (pag. 41): «Wir wissen ja Alle, dass der eigentliche naturwissenschaftliche Beweis, dass der Leprabacillus der eigentliche Erreger der Krankheit, noch nicht geliefert ist. Aber wir müssen anerkennen, dass die Verdachtsgründe so dringend sind, dass wir im Augenblick es ebenso machen wie die Polizei oder der Gerichtsarzt in analogen Fällen. Also wird diese Frage wohl im Allgemeinen nicht zu behandeln sein».

Wahre Prachtstücke sind die Mittheilungen von Armauer Hansen: «Die Uebertragung der Lepra von Mensch zu Mensch» und «Facultative oder obligatorische Isolation der Leprösen». In kerniger, grader, kräftiger Weise plaidirt H., der Vertreter des democratischen Norwegen, für obligatorische Isolation.

Sehr zahlreich sind die Arbeiten über die geographische Ausbreitung der Lepra, desgleichen pathologisch-anatomische Mittheilungen. Es fehlt wohl kaum Einer der Lepraforscher. Jeder hat sein Scherflein beigetragen und ist auf diese Weise ein grossartiges Material zur weiteren Bearbeitung angesammelt, wobei wir mit besonderer Freude hervorheben können, dass gerade aus Russland recht Werthvolles geboten worden. Abgesehen von den Mittheilungen des Prof. Kirchner und Dr. Kübler, die bekanntlich als Delegirte zum Studium der Leprafrage nach Russland gekommen waren, enthalten die Mittheilungen folgende Arbeiten russischer Autoren:

A. v. Bergmann (Riga): Giebt es bei der Lepra Verschleppung durch Effecten?

Hellat (St. Petersburg): Bemerkungen zur Frage der Heredität.

Dehio (Dorpat): Bemerkungen zur Contagiosität der Lepra.

Hellat: Zur Isolation, über Leprosorien und Lepragesellschaften.

Fagerlund (Helsingfors): Lepra in Finnland.

v. Petersen (St. Petersburg): Die Verbreitung der Lepra in Russland in den Jahren 1895—1897.

Dehio: Ueber die Lepra anaesthetica und den pathogenen Zusammenhang ihrer Krankheitserscheinungen.

Bergengrün (Riga): Ueber den Sitz der Leprabacillen in der Athmungsschleimhaut, in Sonderheit des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Zwingmann (Kursk): Die Lepra im Gouv. Kursk.

Grünfeld (Rostow): Die Lepra im Gebiet der Don'schen Kosaken.

v. Petersen: Ueber die Initialerscheinungen der Lepra.

An den Discussionen haben sich die Vertreter aus Russland ebenfalls lebhaft betheiligt und allgemeine Anerkennung gefunden.

Mit besonderer Anerkennung muss der Riesenarbeitskraft Lassar's gedacht werden, dessen unermüdlichem Eifer wir zum grossen Theile die Conferenz, folglich auch die vorliegenden «Mittheilungen» verdanken, deren Redaction er übernommen und so vorzüglich ausgeführt hat. P.

M. Chotzen: Atlas der Syphilis und der syphilitschen Hautkrankheiten. Hefte VII und VIII. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1898.

Wiederum liegen uns 2 Hefte dieses anerkennenswerthen Werkes vor und benutzen wir diese Gelegenheit nochmals die Collegen auf dieses Unternehmen aufmerksam zu machen. Wie bei den meisten derartigen Werken ist auch in dem vorliegenden nicht jedes Bild tadellos. wie überhaupt Abbildungen stets nur bis zu einem gewissen Grade zum Studium von Hautleiden verwerthbar. Sehr gelungen sind die Wiedergabe der Bromakne, des Leucoderma lueticum und des Lupus natium, während andererseits Tafel 44 (Impetigo contagiosa faciei) völlig verzeichnet, desgleichen die ulcerirten Papeln zu plump wiedergegeben.

Abgesehen von einem gewissen Procentsatz minderwerthiger Bilder (wie das bei einem so billigen Atlas nicht anders sein kann), ist das Werk im Ganzen doch empfehlenswerth. P.

L. Jullien: Blennorragie et Mariage. Paris. J. B. Baillière et fils. 1898. 312 pages.

Bei der so eminent wichtigen Frage der Gonococcen für beide Ehegatten ist es besonders erfreulich, dass eine so competente Autorität wie Jullien es unternommen hat, dieses Thema in seiner bekannten geistvollen Weise zu bearbeiten. Das Büchlein liest sich wie ein Feuilleton, während die zahlreichen Beispiele aus der täglichen Praxis zu ernstem Nachdenken anregen. Wir sind überzeugt, dass kein College das Buch ohne tiefe Befriedigung durchlesen wird, namentlich empfehlen wir es den Nichtspecialisten, die in der Casuistik viel Lehrreiches finden werden. Es ist eigentlich kaum nöthig zu erwähnen, dass Verf. die Wichtigkeit der Gonococcen-Untersuchung voll und ganz anerkennt. Erfreulich ist die genaue Kenntniss der deutschen Literatur dieser Frage. P.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 4. Februar 1898.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. Mey einen Fall von hereditärer Lues, der im weiteren Verlaufe an einer cerebralen Hemiplegie erkrankt war; letztere war in Annahme einer gummösen Erkrankung mit glücklichem Erfolge antiluetisch behandelt worden.

Dr. O. Klemm wendet sich gegen die Behauptung des Vortr., die Ernährung mit Muttermilch sei für das Leben heredosyphilitischer Säuglinge eine conditio sine qua non. unter Berufung auf Beispiele eigener Erfahrung, wogegen Dr. Mey betont, dass seine Erfahrungen über diesen Punct sich völlig im Einklang mit den Anschauungen der von ihm citirten Autoren befinden.

2. Dr. Voss hält den angekündigten Vortrag über «Ohrenleiden bei Hysterischen». (Ist für den Druck bestimmt.)

Dr. Rimscha bezeichnet die Lage des Ohrenarztes gegenüber Hysterischen als eine häufig sehr schwierige, und sei gerade bei diesen eine genaue Anamnese von grösster Wichtigkeit, da dieselbe oft vor Fehldiagnosen und mit diesen verbundenen therapeutischen Eingriffen, wie z. B. unnützen Paracentesen, schützen könne.

3. Zur Discussion der Hysterie (cf. vorige Sitzung) verliest zunächst Dr. Behr einige gegen die Ausführungen der DDr. v. Holst und Ed. Schwarz in ihren bezw. Vorträgen gerichtete Bemerkungen: Die von Dr. v. Holst aufgestellte Trennung der Hysterie Gebildeter und Ungebildeter anerkennend, wendet er sich gegen die Ausführungen desselben über Wesen und Pathologie der H., indem er energisch für das Wesen der H. als einer psychischen, in einem veränderten Bewusstseinszustande begründeten und auf dem Boden einer bestimmten psych. «Disposition» entstehenden Erkrankung eintritt. Wenn auch zuzugeben sei, dass die H. keine Psychose sensu strictiori sei, so sei doch der Boden, auf welchem die Erkrankung sich abspiele, immer in erster Reihe die Psyche und auch Dr. v. H. sei, wie aus mehreren Stellen seiner Abhandlung hervorgehe, während er auf der einen Seite die H. als Psychose negire, doch gezwungen, mit abnormen seelischen Vorgängen zu rechnen; er nehme allerdings nur eine vorübergehende psychische Abnormität als Vorbedingung h Erkrankung an, während andere Autoren eine originär krankhafte Organisation postuliren. Als Characteristicum der H. sei eine bestimmte Reactionsweise auf Eindrücke des äusseren Lebens anzusehen, die ihrerseits auf die Annahme eines verminderten Bewusstseinszustandes führe. Mit dieser Annahme falle auch jede Möglichkeit einer rein somatischen H. Hiemit auf die Ausführungen des Dr. Ed. Schwarz eingehend, wendet er sich dagegen, dass die monosymptomatische H. sich weiterhin durch nichts zu manifestiren brauche und verwirft es, in der hieraus folgenden Weise die Diagnose einer Erkrankung auf ihre Genese zu begründen und körperliche Symptome, die durch einen seelischen Vorgang ausgelöst werden, als hysterische zu bezeichnen. Die Erforschung und Erkenntniss der H. müsse stets von dem Bewusstseinszustande des Kranken ausgehen; liessen sich in diesem keine Abnormitäten, keine abnormen gemüthlichen Reactionen auf die Ereignisse des Lebens nachweisen, so sei die Diagnose der H. unmöglich. Es seien nur monosymptomatische Erscheinungen bei Hysterischen anzuerkennen, nicht aber dürfe umgekehrt aus einem einzigen Symptom die Hysterie diagnosticirt werden, weil eine anatom. Ursache desselben nicht zu finden und es psychogen entstanden sei. Zusammenfassend stellt Dr. B. folgende Thesen auf:

1) Die H. ist eine cerebrale Erkrankung mit vorwiegender Betheiligung der seelischen Functionen.

2) Die H. ist keine Geisteskrankheit im Sinne der Classification.

3) Die H. ist keine Degenerationspsychose.

4) Die monosymptomatische H., ohne h. Allgemeinsymptome, hervorgerufen durch psychogene Vorgänge, kommt in Wirklichkeit nicht vor und wäre noch zu beweisen.

5) Der Bewusstseinszustand der Hysterischen ist bei Darlegung über die H. vor Allem zu berücksichtigen.

Dr. v. Holst: In Dr. Behr's Angriff beruhen einige wesentliche Puncte auf missverständlicher Auffassung, und zwar besonders auf verschiedener Vorstellung vom Sinne des von ihm gebrauchten Wortes «Psychose». Er, Vortr., sei weit entfernt davon, den psychischen Antheil des patholog. Vorganges bei den sogen. somatischen Hysterien zu negiren, er gestehe denselben zu, verstehe aber beim Gebrauch des Wortes «Psychose» darunter nur die Erscheinungsform der Erkrankung, nicht aber ihre Entstehung. So habe er auch in der vorigen Sitzung bei der bejahenden Antwort auf Dr. Schönfeld's Frage, ob er eine rein somatische H. anerkenne, nur die Erscheinungsform, nicht die Entstehung der Erkrankung im Auge gehabt. Die psychische Componente der H. liege in der Sphäre der Vorstellung, diese sei aber mit dem Bewusstsein zu identificiren. Eine Disposition zur H. erkenne auch er an, doch lasse sich dieselbe erst später durch die Thatsache der h. Erkrankung erschliessen, sie brauche sich durchaus nicht im Vorleben des Kranken zu documentiren. Ein Widerspruch zwischen der Annahme einer monosymptomatischen H. und dem «in seiner ganzen Persönlichkeit Erkranktsein» des Hysterikers sei nicht vorhanden. Auch der monosymptomatisch Hysterische sei in seiner ganzen Persönlichkeit krank, wobei diese Erkrankung jedoch — zum Theil latent — nur an einer Stelle in die Erscheinung trete.

Dr. Schönfeld: Der alternirende Gebrauch der Ausdrücke «hysterische Geistesstörung» und «psychische Alteration» in gleichem Sinne könne leicht irreführen und empfehlen sich mehr die bei den Franzosen gebräuchlichen Ausdrücke état mental bezw. état delirant. Dass Dr. v. H. seine Krankheitsbilder als rein somatische, ohne «psychische Alteration» bestehende, bezeichnet habe, habe bei ihm die missverständliche Auffassung hervorgerufen, insofern als er beim Lesen der Abhandlung Dr. v. H.'s den Eindruck erhielt, als habe v. H. die psychische Seite der Erkrankung überhaupt negiren wollen, und habe er sich veranlasst gefühlt, dem gegenüber zu betonen, dass psychische Störungen sich immer, auch beim Ungebildeten, nachweisen liessen, dass es eben keine rein somatische H. gebe und die psychischen Stigmata stets vorhanden seien. Zur Frage der Therapie halte er an seiner Ansicht fest, dass die Trennung der Hysterie Gebildeter und Ungebildeter, sowie Dr. v. H.'s Anschauungen über die eventuelle Zulässigkeit der Localbehandlung localer Symptome leicht irreführend auf den Practiker wirken könnten.

Dr. Dahlfeld: Ein wesentliches Ziel der Therapie bei Hysterischen sei, denselben gleichsam «einen anständigen Rückzug» zu ermöglichen und diesem Ziele sei mit allen Mitteln, unter Umständen auch unter Zuhilfenahme local-the-

rapeutischer Massnahmen, zuzustreben. Im Uebrigen stimme er völlig mit der von Dr. v. H. urgirten Therapie der «zweckmässigen Vernachlässigung» localer Symptome überein.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt gegenüber den seine Mittheilung betreffenden Ausführungen Dr. Behr's, dass auch er die Nothwendigkeit einer originären Veranlagung, einer «Disposition» zur Erkrankung an Gelenkneurose bezw. monosymptomatischer H. betont habe. Dieselbe sei aber, wie schon mehrfach betont, nicht immer objectiv nachzuweisen, und wenn Behr den Nachweis einer hereditären Beanlagung als nothwendiges Postulat hinstelle, so sei dem gegenüber darauf hinzuweisen, dass die «nervöse Disposition» durchaus nicht immer angeboren zu sein brauche, sondern dass sie auch durch falsche Erziehung u. s. w. angezüchtet sein könne. Die Unterscheidung zwischen dem psych. Zustande Hysterischer und Gesunder führe schliesslich auf die Frage: «Was ist überhaupt unter psych. Gesundheit zu verstehen?» — und da sei er der Ansicht, dass B. die Grenzen derselben zu eng stecke. Ihre Breite sei eine sehr grosse und insofern, als darunter ein gewisses Mittelmaass geistiger Fähigkeiten bei Abwesenheit irgendwelcher Störungen im Ablauf der psych. Functionen zu verstehen sei, sei die psychische Lage an monosymptomatischer H. Erkrankter vom Durchschnitt geistiger Gesundheit oft nicht zu unterscheiden. Die Frage nach der Breite der psychischen Gesundheit sei besonders im Hinblick auf gerichtliche Expertisen bei monosymptomatischen Fällen wichtig. Bei Behr's Forderung, schon die hyster. Veranlagung als einen Defect der psych. Gesundheit anzusehen, könne man keinen Kranken nach Schwinden seiner somatischen Symptome für gesund erklären, da die hyster. Veranlagung als solche ja auch dann noch bestehen bleibe. Es müsse entschieden darauf hingewiesen werden, dass man unter geistiger Gereimtheit nicht: Vollkommenheit, Unbeeinflussbarkeit, Gereimtheit in jeder Beziehung, geistige absolute Harmonie verstehen dürfe. Die allgemein-menschliche Unvollkommenheit sei eben eine allgemeine und sei bei der Definition des Begriffes «geistiger Gesundheit» voll zu berücksichtigen und müsse in diesen Begriff mit hineingenommen werden. Als pathologisch bezeichneten wir Vorgänge, in denen ein auffallendes Missverhältniss zwischen Ursache und Wirkung beobachtet werde; es müsse betont werden, dass das Schwergewicht der Ursache bei Zustandekommen in dem vom Vortragenden citirten Falle nicht in der Persönlichkeit des Kranken liege, sondern in der durch ärztliche Autorität gewichtig und wirksam gemachten Vorstellung eines kranken Knies; mit anderen Worten das Pathologische liegt in der Fehl-Diagnose des Arztes viel mehr, als in der Persönlichkeit dieser mit der Gelenkneurose behafteten Kranken, die gesund war, aber freilich nicht hoch über das Niveau allgemein-menschlicher Unvollkommenheit hinüberragte, aber doch nicht psycho-pathisch war! — oder sollte man den Umstand, dass sie dem Urtheil mehrerer Aerzte glaubte, ruhig zu Bett lag und ihr Bein schonte, etwa als etwas pathologisches ansehen? Dr. Behr hatte Recht, wenn er an anderer Stelle behauptete, man könne 2 Gruppen von Hysterischen beobachten. Die eine Gruppe recrutire sich aus Leuten, die von Jugend auf hysterisch, die zweite aus Individuen, die bis zu einem gewissen Shock anscheinend gesund, dann aber hysterisch erkrankten, weil eben ihre Veranlagung eine krankhafte sei und sie den Shock nicht überwinden konnten, wie Gesunde. Redner gäbe das zu, doch betone er, dass es eine dritte Gruppe gebe, die vorher gesund seien, in die Breite der Gesundheit und der allgemein-menschlichen Unvollkommenheit gehörten, und durch besondere Verhältnisse (hier Fehldiagnose des Arztes, die ja auch durch die allgemein-menschliche Unvollkommenheit vollkommen entschuldigt werde) erkrankten; wenn sie richtig angefasst würden, gesunden und gesund blieben. Alle drei Gruppen könne man auch unter den Fällen von Gelenkneurosen beobachten.

Dr. v. Holst bemerkt zu den Ausführungen Dr. Schönfeld's, dass es vielleicht zur Vermeidung missverständlicher Auffassungen dienlich und formell richtiger gewesen wäre, an den betr. Stellen seiner Abhandlung den Zusatz «auf psychogenem Wege» zu machen. Bei der Trennung der H. Gebildeter und Ungebildeter habe er natürlich nicht von verschiedenen Hysterien gesprochen, sondern nur im Interesse des practischen Handelns eine Gruppirung der Fälle ermöglichen wollen. Er mache nicht einen Unterschied im Wesen der Erkrankung, sondern habe nur von den verschiedenen Erscheinungsformen sprechen wollen.

Dr. Hampeln weist auf die practische Wichtigkeit der monosymptomatischen Formen der H. hin, in denen man gezwungen sei, auf Grund eines einzigen Symptoms die Diagnose zu stellen. Am häufigsten begegneten sie dem Practiker unter dem Bilde der Cardialgieen, und da hierbei die gewöhnlichen hyster. Stigmata oft im Stich lassen, so lege man sich die Frage vor, ob denn der hyster. Schmerz als solcher nicht bestimmte Eigenthümlichkeiten habe, die die Erkennung seiner Natur ermöglichten. Es scheine dies in der That der Fall zu sein: gegenüber dem Ulcus, das ja sonst das grösste Contingent der Cardialgieen stellte, fielen die Hysteriker durch die Wichtigthuerei, mit welcher sie ihren Schmerz in den Vordergrund ihrer Klagen stellten, durch die Aengstlichkeit und die Aufmerksamkeit, welche sie ihm zuwendeten, auf. Wichtig sei auch die Beständigkeit des Schmerzes, der beim Ulcus häufig nur auf gewisse äussere Einwirkungen, z. B. Nahrungsaufnahme, hin auftreten und beim Ulcus oft garnicht im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehe, so dass man bei Erhebung der Anamnese oft erst nach langem Forschen Schmerzanfälle ermittele, in vielen Fällen auch erst durch das plötzlich eintretende Blutbrechen die Diagnose stützen könne. Von practischer Wichtigkeit für die Diagnose der Magenkrankheiten überhaupt — namentlich bei der gegenwärtigen Neigung zu chirurgischem Eingreifen — sei es, sich daran zu erinnern, dass auch wirklich hysterische Blutungen vorkämen. Er erinnere sich eines Falles, wo trotz wiederholter Blutungen bei der Operation kein Ulcus gefunden wurde (Zusatz Dr. v. Bergmann's bei Verlesung des Protocolls: Es lag in diesem Falle eine hochgradige Gastroectasie vor) und verfüge über 3 Fälle tödtlicher Magenblutung, wo die Autopsie eine materielle Schädigung des Magens nicht nachweisen konnte. Auch Fieber sei, wie er Dr. Voss gegenüber bemerken will, wo es bei H. ohne nachweisbare Ursache und ohne sonstige begleitende Symptome auftrete, durchaus nicht immer simulirt, es sei denkbar und spräche sogar Verschiedenes dafür, dass ein wirkliches «neurogenes» Fieber gelegentlich vorkommen könne.

Dr. Voss betont unter Hinweis auf einen von Unverricht beobachteten Fall, wo trotz ständiger Controle durch Dejouranten es nicht gelang, eine simulirende Hysterie zu entlarven, die Häufigkeit der Simulation und ihre Verschlagenheit in Ausübung derselben. Er habe in seiner Mittheilung als simulirtes Fieber nur diejenigen Fälle hingestellt, in welchen der Nachweis der Simulation erbracht war. Fälle von Simulation aller möglichen, selbst recht schweren Blutungen, seien zur Genüge bekannt. Ob es wirklich ein hysterisches Fieber gebe oder nicht, habe er nicht entscheiden bezw. in Abrede stellen wollen.

Dr. Rimscha weist auf die günstige Beeinflussbarkeit leichter Fälle von H., welche nur über ein Leiden klagen, durch relativ geringfügige localtherapeutische Massnahmen hin gegenüber der principiellen Warnung Dr. Voss's, Hysterische einer specialistischen Behandlung zu unterziehen.

Dr. Stender: Hysterische, bei denen eine anatom. Läsion nicht nachweisbar ist, sollten stets von den practischen Aerzten mit einer diesbezüglichen Notiz den Neurologen zugewiesen werden. Der Nachweis einer Disposition bei monosymptomatisch Erkrankten sei seiner Ansicht nach unwesentlich gegenüber der Erkenntniss der psychogenen Entstehung des Leidens: diese allein gebe die Diagnose. Die Eigenthümlichkeit, dass eine functionelle Erkrankung des Centralorgans nur in der Peripherie in die Erscheinung trete, finde ein physiologisches Analogen in der excentrischen Verlegung der Schmerzempfindung bei Läsionen des Nerven in seinem Verlauf. Es handle sich dabei nach Edinger um Urtheilstäuschungen. Die Therapie müsse sich direct gegen das centrale Leiden richten und müsse er sich den Principien Dr. v. Holst's betreffs der zweckmässig negligirenden Therapie localer Symptome ganz anschliessen.

d. Z. Secretär. Dr. med. H. Schwartz.

Vermischtes.

— Am 4. October vollendete sich das 25. Dienstjahr des Directors des Medicinaldeprrtements, Geheimrath L. Ragosin.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie an der militärmedicinischen Akademie, K. Slawjanski ist Professor A. Lebedew ernannt worden (Больн. газета Боткина).

— Zum Lehrer der Bakteriologie am Weiblichen medic. Institut ist Dr. Sabolotni. zum Lehrer der Diagnostik innerer Krankheiten der Privatdocent A. Lewin bestimmt. (Russ. Arch. für Path., klin. Med. und Bakt.).

— Verstorben: Am 20. Sept. in Moskau der Oberarzt des Hospitals der Brüder Bachruschin, A. Saizew. 36 J. a.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. October d. J. 7640 (24 wen. als in d. Vorw.), darunter 637 Typhus — (1 wen.), 798 Syphilis — (20 wen.), 129 Scharlach — (8 mehr), 135 Diphtherie — (14 mehr), 25 Masern — (5 mehr) und 6 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. Sept. bis 3. October 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
311	261	572	131	42	102	19	7	13	52	49	46	38	41	19	9	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 15. Diphtherie 34, Croup 2, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 3, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 25.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. October 1898.

Tagesordnung: 1) Dr. Rechtsamer, Ueber die Uebungstherapie bei Tabes.
2) Dr. Holzinger, Ueber einen merkwürdigen pathologischen Schlafzustand.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Frankenhäuser, Ueber einen Fall von Morbus maculosus Werlhofi.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester **Const. Schmidt,** Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.
Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Довв. ценв. Спб. 10 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, 17. (29.) October 1898

Sectionsbefunde aus dem Leprosorium zu Riga.

Von

C. Brutzer,

Arzt am Rigaer Leprosorium.

Vortrag, gehalten auf dem X. livländ. Aerztetag zu Wolmar.

M. H.! Ich habe Ihnen die Ergebnisse von 10 Sectionen vorzulegen, die von mir seit dem October vorigen Jahres im Rigaschen Leprosorium ausgeführt wurden. 2 Sectionen betreffen Fälle von Lepra nervorum, 8 — Lepra tuberosa. Das Alter der verstorbenen 10 Patienten ist meist recht hoch; die an Lepra nervorum leidenden waren 84 und 87 Jahre alt geworden, beides Frauen. Von den 8 tuberös Leprösen waren 4 über 75 Jahre, 3 über 55 Jahre, 1 Patientin 33 Jahre alt geworden. Es sind 6 Frauen und 2 Männer.

Bevor ich den anatomischen Befund der einzelnen Organe bespreche, will ich Sie mit der causa mortis und den neben der Lepra bestehenden Erkrankungen der vorliegenden Fälle bekannt machen.

Im ersten anästhetischen Fall führte ein vitium cordis und ausgedehnte Arteriosclerose den Exitus der hochbejahrten Patientin herbei. Im anderen Falle erfolgte der Tod im urämischen Anfall, nachdem mehrere Attaquen glücklich überstanden waren. Die Autopsie bestätigte die Diagnose: es lag eine exquisite Schrumpfniere vor, arteriosclerotische und degenerative Processe am Herzen.

Bei den 8 Fällen von Lepra tuberosa war 1 Mal ein Magencarcinom die Todesursache. Die Section ergab ein faustgrosses, markiges, zerfallendes Adenocarcinom an der kleinen Curvatur des Magens gelegen. Ausser dem Befund an Leprabacillen fand sich noch ein ungemein grosser Bacillus, der in den mit Fuchsin und Methylenblau gefärbten Präparaten nur die Gegenfärbung annahm. Die Massenhaftigkeit seines Auftretens in den Bronchialdrüsen und in der Hypophysis cerebri war im höchsten Grade frappant. Leider konnte ich keine Culturversuche anstellen, da ich den Bacillus erst in den gehärteten und gefärbten Präparaten zu Gesicht bekam. Bei Lebzeiten des Patienten wird der Bacillus den Krankheitsprocess wohl kaum beeinflusst haben, da eine Reaction von Seiten des Gewebes nicht zu bemerken war. Gegen die Annahme einer postmortalen Infection spricht der negative Befund in den anderen Organen, die gemeinsam mit den betroffenen behandelt und präparirt wurden.

Einmal erfolgte der Tod durch Suffocation. Patientin war vor 1½ Jahren tracheotomirt worden und litt an einer quälenden Tracheitis und chronischem Bronchialcatarrh. Besonders arg waren die Beschwerden am Morgen, wenn zäher Schleim die Athemwege verlegte. Einem solchen Anfall von Athemnoth erlag Patientin rasch, ehe Hilfe geleistet werden konnte.

In einem dritten Fall ging Patientin an Fettherz und allgemeiner Lipomatose zu Grunde. Die Lepra war hier im Stadium der Ausheilung begriffen. Klinisch war seit längerer Zeit kein Fortschreiten der Krankheit zu constatiren. Die Infiltrate schrumpften, die schwärzliche Pigmentirung blasste ab. Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen befallenen Organen nur in Körnchen zerfallene Leprabacillen, häufig nur sehr vereinzelt in grossen glasigen Schollen.

Im vierten Fall spricht der Sectionsbefund für die Diagnose Septicopyämie, es fanden sich in der Niere neben Leprabacillen Herde von Coccen in zellig infiltrirtem Gewebe.

Ein langdauernder Suppurationsprocess, dem ein Fieberanfall vorausgegangen war, führte bei der jüngsten (33-jährigen) Patientin den Tod durch Entkräftung herbei. Derartige Fieberanfälle sind bei der Lepra schon oft beschrieben worden, ohne dass der Causalzusammenhang der Fieberanfälle mit dem Bacillus leprae bisher festgestellt werden konnte. Unter Frösteln und Temperaturanstiegen bilden sich Hauthämorrhagien, einzelne Knoten erweichen, und bald sind mehr oder weniger ausgedehnte Ulcerationen am Körper entstanden, die meist wieder gut heilen, nachdem die Allgemeinerschei-

nungen geschwunden sind. Im Wundsecret findet man neben Leprabacillen auch andere Bacterien in grosser Menge. Im vorliegenden Fall hatten ähnliche Vorgänge Patientin im Laufe der Zeit arg mitgenommen. Beide Augen waren zerstört; die Nase durch Perforation des Septums zusammengesunken, glatt ans Gesicht gedrückt; die Lippen konnten nicht geschlossen werden. Mundhöhle und Larynx waren hochgradig verwüstet; das Gesicht und die Extremitäten waren mit Narben, warzigen und verhornten Lepromen bedeckt; an den Füssen befanden sich grosse Unterschenkelgeschwüre, die nicht heilten. Immer wieder traten neue fieberhafte Anfälle auf, die die kaum verheilten Wunden aufbrechen liessen und einen grossen Theil der Körperoberfläche mit ihnen bedeckten. Solch einem Anfall erlag Patientin. Die zahlreichen Befunde von Leprabacillen in den Blutbahnen und die Abwesenheit anderer Bacterienherde lassen die Annahme wahrscheinlich erscheinen, dass es sich in diesem und in ähnlichen Fällen um die Wirkung der Leprabacillen handelt, und dass nicht intercurrente Bacterien an der Allgemeinerkrankung betheiligt sind.

In den 3 letzten Fällen sind die Nierenveränderungen als die Ursache des Todes anzusehen. 2 Mal folgte hier bei einem dem oben beschriebenen gleichen Fieberanfall und Suppurationsprocess ein Exacerbiren der chronischen Nephritis. Endlich führte fettige Degeneration des Herzens bei ausgesprochener Schrumpfniere zum Tode. Die Häufigkeit der Nierenerkrankung als Todesursache bei der Lepra ist schon mehrfach von anderer Seite betont worden. Ich möchte später bei der Besprechnng der einzelnen Organe noch einmal darauf zurückkommen.

Von den intercurrenten Krankheiten nimmt die Tuberculose wegen ihrer Häufigkeit und genaueren Erforschung den ersten Platz ein. Es fanden sich bei meinen 8 Fällen von tuberöser Lepra (auf die sich meine Ausführungen von jetzt an allein beziehen werden) 7 Mal tuberculöse Veränderungen. In 4 Fällen waren die Bronchiallymphdrüsen grosszellig hyperplasirt und zum Theil verkalkt. In den 3 weiteren Fällen fanden sich auch in den Lungen tuberculöse Herde, 1 Mal auch im Darm. Während in diesen letzten Fällen das histologische Bild keinen Zweifel zulässt, könnte die grosszellige Hyperplasie der Lymphdrüsen auch auf eine andere Ursache als eine Invasion von Tuberkelbacillen zurückgeführt werden. Findet man doch meist keine Tubercelbacillen in den so veränderten Drüsen, und rufen andererseits auch die Leprabacillen die gleichen Veränderungen hervor; es finden sich aber bei der leprösen Erkrankung der Lymphdrüsen stets auch Bacillen in ihnen, und so mag die Annahme der tuberculösen Erkrankung bestehen bleiben. Auch abgesehen von diesen Drüsenaffectionen muss die Häufigkeit der Tuberculose hervorgehoben werden. Eine Procentberechnung würde bei der geringen Zahl meiner Fälle kaum ein richtiges Bild geben. — Die vielfach bei Sectionen Lepröser beobachteten adhäsiven Entzündungen seröser Häute finden auch in meinen Fällen einen bemerkenswerthen Beitrag. An den 8 tuberösen Leprösen ergab die Section:

2 Mal Pericarditis adhäsiva,
6 Mal Pleuritis adhäsiva (oft sehr geringen Grades),
2 Mal adhäsive Peritonitis,
4 Mal sehr feste Adhäsionen der Dura mit dem Cranium.

Wie weit die lepröse Erkrankung an diesen Erscheinungen betheiligt ist, muss ich offen lassen. Die Pleuritiden decken sich zum Theil mit den tuberculösen Erkrankungen der Lunge. Obgleich ich keine directe Tuberculose der Pleura gefunden habe, scheint mir der Zusammenhang doch sehr naheliegend; Leprabac. habe ich dort jedenfalls nicht gesehen. — Die Dura mater cerebri untersuchte ich in 3 Fällen eingehend. Es fanden sich in ihr Herde von zellreichem Bindegewebe und Plasmazellen. Leprabacillen fand ich in grösserer Menge nur im Duralüberzug der Hypophysis cerebri und in ihren Zellenanhängen. Die Drüse selbst war frei von Leprabacillen.

Ich wende mich zur Besprechung der einzelnen Organe. Im Herzen sind 2 Mal arteriosclerotische Veränderungen zu constatiren. Klappenfehler geringeren Grades betrafen 4 Mal die Valvula mitralis, 1 Mal auch die Tricuspidalis. In allen Fällen lag eine mehr oder weniger hochgradige Hypertrophie und fettige Degeneration des Herzmuskels vor.

Die oberen Luftwege haben durch ihre weitgehende Zerstörung stets die Aufmerksamkeit der Leprologen auf sich gezogen. Die Schnitte, die ich durch die meist perforirten Nasensepten legte, zeigen übereinstimmend Ersatz des Flimmerepithels durch flaches, oberflächliches verhorntes Pflasterepithel und lepröse Infiltrate der Submucosa, die einerseits bis unter das Epithel reichen, andererseits hart dem Knorpel aufliegen. Leprabacillen habe ich in den Knorpelzellen nicht gefunden. Es handelt sich bei der Zerstörung des Knorpels anfangs um Necrose der Knorpelzellen, die sich an den betroffenen Stellen nicht färben lassen. Dann folgt ein Ersatz der zu Grunde gegangenen Zellen durch zellreiches mit Leprabacillen durchsetztes Bindegewebe, das continuirlich vom perichondralen Bindegewebe seinen Ausgang nimmt. Ist der feste Knorpel durch dieses schwammige Granulationsgewebe ersetzt, so erfolgt die Perforation leicht. Ich glaube diese Darstellung durch meine Präparate rechtfertigen zu können.

Mehrfach wurden Knoten und exulcerirte Leprome auf der hinteren Rachenwand dem Isthmus faucium gegenüber gefunden. Die mikroskopische Untersuchung zeigte mächtige Infiltrate, die sich bis zwischen die Musculatur hin erstreckten. Hervorheben möchte ich hier die intracelluläre Lage der Bacillen, die dicht die Zellkerne umspinnen. Der Streit um die Lage der Leprabacillen in Zellen oder neben ihnen ist übrigens bekanntlich durch die Feststellung beider Vorkommnisse als definitiv erledigt anzusehen.

Die leprösen Veränderungen des Kehlkopfes sind in anerkannter Weise von Herrn Dr. med. Bergengrün beschrieben worden. Die Verhältnisse liegen in den vorliegenden Fällen ähnlich. Ein besonderes Interesse hat vielleicht der Kehlkopf der $1^1/_2$ Jahre nach der Tracheotomie gestorbenen Patientin. Das Infiltrat, das seiner Zeit die Tracheotomie nöthig machte, ist bedeutend geschwunden, dagegen scheinen die Veränderungen, die unterhalb der Canüle gelegen sind, erst später entstanden zu sein. Der Durchmesser der Trachea beträgt hier bloss 8 Mm. Diese Verengerung des Lumens ist durch die mächtig verbreiterte Mucosa geschaffen. Die Schleimhaut hat bis zum Knorpel eine Dicke von 5 Mm. Eine etwas geringere Dickenzunahme zeigt die Schleimhaut an der Bifurcation der Trachea, während nicht weit unter ihr im Bronchus die Schleimhautverhältnisse makroskopisch normal erscheinen. Das mikroskopische Bild der beiden ersten Stellen zeigt das nur mangelhaft erhaltene Cylinderepithel auf der mächtigen, zellig dicht infiltrirten Submucosa aufsitzen. Die Bacillenmenge ist so gross, dass sie bei flüchtiger Betrachtung allein den grössten Theil der Schleimhaut einzunehmen scheint und erst zum Knorpel hin weniger dicht wird. Präparate, an denen die elastischen Fasern gefärbt sind, zeigen die Zerstörung in deutlichster Weise. Das mächtige Infiltrat hat das Gerüst elastischer Fasern, das unter normalen Verhältnissen den Aufbau der Schleimhaut durchzieht und stützt, vollständig auseinandergedrängt. Unregelmässig zerstreut liegen Bündel elasti-



scher Fasern zusammengedrängt am Knorpel und inmitten des Infiltrates, dazwischen findet man einzelne versprengte Faserchen. In der Bronchialschleimhaut, die makroskopisch normal erscheint, ist mikroskopisch nur eine geringe Infiltration zu bemerken und nur wenigen Bacillengruppen begegnet man in den tieferen Schichten der Submucosa. Die vergrösserten Lymphdrüsen an der Trachea sind durchsetzt von Leprabacillen; die grossen schiefrig und grau gezeichneten Lymphdrüsenpakete an den Bronchien weisen nur grosszellige Hyperplasie auf und enthalten keine Bacillen. — Ich habe Ihnen diese Verhältnisse näher geschildert, weil sie mir geeignet erschienen einen Beitrag zur Frage der Lungenlepra zu liefern. In der Literatur sind die Angaben von Leprabefunden in der Lunge sehr selten. Einen sicheren Fall beschreiben Doutrelepont und Wolters. Mir ist es in den 8 vorliegenden Fällen nicht geglückt eine Lungenlepra zu beobachten, und der soeben besprochene Befund scheint mir die Unwahrscheinlichkeit respective Seltenheit einer solchen zu illustriren. Trotz der grossen Bacillenanhäufung im Verlaufe der Trachea bis zur Bifurcation finden sich in der Lunge nur ausgedehnte chronisch bronchitische und peribronchitische Processe ohne Befund von Leprabacillen. Ebenso liegen die Verhältnisse in den regionären Lymphdrüsen, die, wie Hansen sehr richtig sagt, der beste Prüfstein für lepröse Vorgänge in ihrem Bezirk sind. Ich meine, das spricht dafür, dass die Leprabacillen in der Lunge keinen geeigneten Boden zum Fortkommen finden. Das einzige Mal, wo ich sicher Leprabacillen in der Lunge gesehen habe, da lagen sie in einem Blutgefäss und waren also auf der Wanderung begriffen.

Leber und Milz boten stets reiche Bacillenbefunde. In der Milz war das lymphadenoide Gewebe häufig durch grosse Zellen mannigfacher Gestalt verdrängt. Zwischen ihnen und in ihnen lagen die Leprabacillen. Neben den meist interstitiellen Lepraherden in der Leber fand sich zuweilen fettige und amyloide Degeneration dieses Organs.

Im Zusammenhang untersuchte ich die grossen Drüsen: Pancreas, Submaxillaris und Hypophysis cerebri, ein Mal auch die Thyreoidea. Ich fand sie stets frei von Bacillen und als einzige Veränderung in beiden Fällen Schwund von Drüsenläppchen und Substitution von meist zellarmem Bindegewebe. Zuweilen auch zellreiche Partien und einige Plasmazellen. Die Thyreoidea war colloid entartet.

Die Hypophysis cerebri untersuchte ich in 3 Fällen und fand, wie schon erwähnt, 2 Mal reichlich Leprabacillen und die entsprechende Veränderung des Duralüberzuges. Die Localisation dieses Befundes scheint mir so bemerkenswerth, dass ich zu Nachuntersuchungen auffordere. Die Hypophysis selbst zeigte Partien colloider Degeneration, 1 Mal atypische Epithelwucherung, beginnendes Carcinom.

Im Magendarmcanal habe ich keine leprösen Ulcera oder Infiltrate gefunden. Die Veränderungen dort bestanden in Schleimhautatrophie in Folge von chronischen Catarrhen, die auch in acutem Stadium vorlagen. Am Magencarcinom und dem tuberculösen Darmgeschwür waren keine Ansiedelungen von Leprabacillen zu entdecken. Wenn in der Literatur mehrfach im Koth Leprabacillenbefunde beschrieben wurden, so liegt die Annahme nahe, dass es sich um verschluckte Bacillen handelt. Sie sind in der Mundhöhle ja oft in grosser Menge vorhanden, und ihre Widerstandsfähigkeit ist sehr gross. Seit bald einem Jahre halte ich macerirtes Lepramaterial in einem Gefäss mit Leitungswasser eingeschlossen. Das Gewebe der Knoten ist längst zerfallen, in dem Schlamm kann ich immer noch die Leprabacillen gut gefärbt erhalten.

Ich komme zur Besprechung der Nierenerkrankung. Die Lepra hat lange Zeit für eine Hautkrankheit gegolten; und es mag auch heute noch trotz der Kenntniss der Verbreitung der Leprabacillen in den inneren Organen diese Auffassung eine Berechtigung haben; ist die Haut doch jedenfalls ein bevorzugter Sitz der Bacillen und sind hier die Verheerungen vielleicht am ausgedehntesten. Um so mehr muss das innere Organ, das in enger Wechselwirkung mit der Haut steht, Interesse bei der Erforschung der Lepra erregen. Unserer Voraussetzung entsprechend sind die Nieren der an Lepra Leidenden fast stets in Mitleidenschaft gezogen. Ihre Erkrankung ist nach einer Statistik, die der medicinische Director des Leprosoriums in Trinidad Beavan Rake aufstellt, in 22 pCt. der Fälle die causa mortis. In jedem Falle sind die Nieren miterkrankt. Wie von anderen Autoren angegeben wird, findet man alle verschiedenen Arten von Nephritis bei Lepra: parenchymatöse, haemorrhagische, interstitielle und amyloide Degeneration, Suppurationsprocesse. Ich finde das in meinem kleinen Material bestätigt. Im Vordergrunde der mannigfachen histologischen Bilder stehen die interstitiellen Veränderungen, die zur Schrumpfung des Organs geführt haben. 3 Mal sind die Maasse der Nieren unter dem Durchschnitt. 2 Mal übersteigen sie ihn unter dem Bilde der grossen weissen Niere. 3 Mal sind die Grössenverhältnisse annähernd normal, in diesen Fällen lag eine haemorrhagische Nephritis mit interstitiellen Herden vor.

Die sclerosirten Glomeruli und Gefässwände gaben häufig amyloide Reaction. Im zellarmen Bindegewebe um verödete Glomeruli und Gefässe begegnet man zellenreichen Partien mit einigen Plasmazellen.

Bei der Durchsuchung der Nieren nach Leprabacillen habe ich in 6 Nieren einen positiven Befund erheben können. Die Bacillen lagen in typischer Gruppirung in den eben beschriebenen Herden des Bindegewebes. Nicht selten sah ich sie einzeln in Glomeruli. Meist war die Stäbchenform vertreten. In dem Fall, in dem sich anderen Ortes nur zu Körnchen zerfallene Bacillen fanden, zeigten sie auch in der Niere dieselbe Form, was für ihren langen Aufenthalt in der Niere sprechen könnte. — In der Literatur sind Befunde von Leprabacillen in der Niere von Hedenius, Cornil und Bates, Lima Azevedo und Havelberg, Doutrelepont und Wolters, Nanns und Beavan Rake beschrieben worden. Beavan Rake führt in 9 pCt. von 581 Fällen einen positiven Bacillenbefund in der Niere an. Die Bildung der für die lepröse Erkrankung typischen zelligen Herde mit den Bacillenbefunden in ihnen, unter denen Formen vorkommen, die mit Recht für ein spätes Stadium in dem Leben der Bacillen gelten oder schon ihre Auflösung zu bedeuten haben, sind deutliche Beweise für die specifische lepröse Erkrankung der Nieren. Wie weit die Leprabacillen an der hochgradigen Veränderung der Nieren in späteren Stadien der Krankheit betheiligt sind, und ob nicht eine secundäre Infection durch andere Bacterien während der langen Dauer der Krankheit das Nierengewebe verödet, das dürfte am ehesten durch eine strenge Unterscheidung beider mit fieberhaften Anfällen auftretender sich oft wiederholender Erkrankungen durch klinische und bacteriologische Untersuchungen beantwortet werden können. Endlich könnte auch die Ausscheidung toxischer Stoffe von den ausgedehnteren Suppurationsprocessen der Haut, sowie das vicarirende Eintreten der Nieren für die darniederliegende Secretion der erkrankten Hautpartien die Nierenveränderungen bedingen. Ein näheres Eingehen auf diese Fragen liegt nicht im Rahmen dieses Vortrages.

Referate.

Löhlein: Gynäkologische Tagesfragen. Heft 5. Wiesbaden, Bergmann. 1898.

Als erste auf der Tagesordnung stehende Frage behandelt Löhlein die vaginalen Bauchschnittoperationen. Seiner Betrachtung legt er zu Grunde 42 in den 2 letzten Jahren operirte Fälle. In gleichem Zeitraum wurden 110 Fälle auf ventralem Wege operirt. L. ist also kein Fanatiker der neuen Methode, erkennt aber die Vorzüge derselben an und bezeichnet sie als eine sehr erfreuliche und anerkennenswerthe Bereicherung unserer Therapie. Die schon von Dührssen genannten Vortheile werden hervorgehoben und bestätigt. Man vermeidet durch die neue Methode die lange Dauer der Reconvalescenz, die Gefahr der Bauchbrüche und die Gefahr der Verwachsung der Intestina mit der Bauchwunde. Weiter werden erwähnt die weit geringere Infectionsgefahr, die dadurch erklärt wird, dass das Trauma und die Möglichkeit der Infection auf ein sehr viel kleineres Gebiet der peritonealen Auskleidung beschränkt ist. Weitere Vorzüge sind das subjective Wohlbefinden der Patienten gleich nach der Operation, die leichte und gründliche Entfernung aller frei in der Bauchhöhle befindlichen Flüssigkeit und die Möglichkeit, mit dem peritonealen Eingriff eine Reihe der verschiedensten Operationen am Uterus, am Damm, an der Scheide u. s. w. verbinden zu können. Doch ziehen schwache Seiten des vaginalen Vorgehens seiner Verwerthung bestimmte Schranken. Erschwerend wirken mechanische Momente: Enge und Starrheit des Scheidencanals, verminderte Beweglichkeit der krankhaften Producte, die durch das Scheidengewölbe herabgeholt werden sollen, und eine bestimmte Grösse derselben, die durch Punction cystischer und Abtragung solider Partien nicht weiter reducirt werden kann. Drei Mal passirte es L., dass eine Ligatur während der Operation abglitt und er gezwungen wurde die Blutung durch eine Klemme, die 36 Stunden liegen blieb, zu beherrschen. Wegen der erst während der Operation zu Tage tretenden technischen Schwierigkeiten musste L. mehrere Male die Operation abbrechen und zur ventralen Methode übergehen. Deswegen räth er vor jedem Scheidenbauchschnitt ausser dem Scheideneingang und der Scheide auch die Bauchdecken streng aseptisch vorzubereiten. Am häufigsten wendet L. den sagittalen Schnitt im hinteren Scheidengewölbe an. In einem Falle wurde mit Erfolg die Ovariotomie während der Schwangerschaft durch den hinteren Scheidenschnitt gemacht. Ferner werden Erfahrungen über diesen Schnitt bei Peritonealtuberculose angeführt, die entgegen der Meinung von Winckel's zu günstigen Resultaten führten. Die Einfachheit und Ungefährlichkeit der Methode, die Vollständigkeit und Gründlichkeit, mit der die ascitische Flüssigkeit entleert wird und die Leichtigkeit, mit der eine Zeitlang für das Absickern verhaltenen oder neugebildeten Transsudates, für Drainage, gesorgt werden kann — sprechen für diesen Weg. Endlich wird ein Fall von Explorativschnitt per vaginam angeführt, der ausgeführt wurde zur Entscheidung ob Carcinom oder Tuberculose vorliege.

Die zweite Abhandlung betrifft die manuelle Beckenschätzung. Diese Frage ist von Bedeutung, weil die Erfahrung lehrt, dass die Practiker meist keine instrumentelle Beckenmessung vornehmen. Die Schätzung der Distantia spinarum wird mittelst der ausgespreizten Finger vorgenommen. Die Spannweite seiner Hand (21—24 Cm.) muss dem Arzte bekannt sein, dann lernt er es bald den gewünschten Abstand zu schätzen, durch Vergleich mit der Spannweite. Vergleiche ergaben, dass die so erhaltenen Werthe nur um 0,4—0,5 Cm. bei nicht Schwangeren von den mittelst des Tasterzirkels erhaltenen differirten. Bei Schwangeren sind die Resultate wegen der Vorwölbung der Unterbauchgegend etwas weniger genau. Man muss dann in Anschlag bringen, wie stark die höchste Spreizung der Finger durch die Vorwölbung der Regio suprapubica beeinträchtigt ist. Für eine Schätzung der Cristae setzt man beiderseits die Daumenspitze scharf auf denjenigen Punct der Sp. a. s., dem der Knopf des Tasterzirkels angedrückt zu werden pflegt, die Spitze des Mittelfingers auf den seitlich am weitesten vorspringenden Punct des Kammbogens und denkt sich nun beide Puncte auf eine Linie projicirt, um den Abstand beider von einander zu taxiren. Aehnlich würde der Tronchanterenabstand von den Cristae bestimmt. Endlich empfiehlt L. die Messung des Beckenumfangs mittelst des Bandmasses (über die Spinae post., unterhalb der Cristae, parallel mit dem Lig. Poupartii zum oberen Rand der Symphyse). Beim allgemein verengten Becken ist der Umfang um 6—10 Cm. geringer als das von Martin gefundene Mittel von 89—90 Cm. Die Conj. diag. ist leicht zu schätzen, wenn man den Abstand der Mittelfingerspitze von einem bestimmten Punct seines Zeigefingers kennt. Es folgen noch einige Winke für die Diagnose der wenig verengten Becken.

Im dritten Capitel wird die Frage behandelt, wann Falschlagen der Gebärmutter Gegenstand der Behandlung sein sollen. Für die bewegliche Anteflexio uteri ist keine Therapie nöthig, sie wird auch als Ursache einer Dysmenorrhoe nicht anerkannt, die durch entzündliche Processe entstandene fixirte Anteflexio ist durch Dilatation des Cervicalcanals und allgemeine Massnahmen zu behandeln. Die Retroflexio ist eine Lageanomalie, die nicht in jedem Falle pathologischen Character hat. Häufig ist es schwer den Ausgangspunct der Beschwerden zu finden. Retroflexio in der Schwangerschaft oder bei beginnendem Prolaps sind natürlich zu behandeln, ebenso wenn in ihrem Gefolge gesteigerte Menorrhagien auftreten oder Blutungen im Wochenbett. Beseitigung der Retroflexio hebt die Beschwerden, wenn sie die Ursache war von Prolaps der Ovarien oder ausgesprochener Schmerzhaftigkeit der hinteren Uteruswand ohne entzündliche Erscheinungen. Bei der Behandlung darf eine etwaige Entero-Nephroptose nicht unberücksichtigt bleiben, ebensowenig dürfen Erkrankungen anderer Organe übersehen werden. L. bevorzugt die Ventrifixation nach Olshausen, verwirft die Vaginafixation und verspricht sich auch von der Alexander-Adams'schen Methode Erfolge. Im Allgemeinen soll man die Retroflexio in Ruhe lassen bei jungen Mädchen, bei Frauen jenseits der Wechseljahre und bei ausgesprochener Fixation des Uterus. W. Beckmann.

Alfred Arnheim: Zur Casuistik des Icterus im Frühstadium der Syphilis. (Monatshefte für Dermatologie. Bd. XXVI, Heft 9. 1898.)

Während seit Jahrhunderten bekannt, dass im Spätstadium der Syphilis auch Leberaffectionen vorkommen, die von Icterus begleitet werden können, hat erst Ricord darauf aufmerksam gemacht, dass auch im Frühstadium Icterus auftreten kann. In Deutschland hat zuerst Engel-Reimers auf diese Erscheinung bei Syphilis aufmerksam gemacht. Nachdem 1894 Lasch aus der Literatur 45 Fälle gesammelt und ihnen 3 aus der Breslauer Klinik hinzugefügt, hat Werner im vergangenen Jahre aus der Engels-Reimers'schen Abtheilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses das Material der letzten 12 Jahre durchmustert und 57 Fälle von Icterus bei frischer Syphilis gefunden (unter 15,799 Erkrankungsfällen, folglich bei 0,37 pCt.). Verf. hat in der Station für Geschlechtskranke im städtischen Obdach zu Berlin (Vorstand Prof. Behrend) in $1^1/_2$ Jahren in 10 Fällen Icterus beobachtet (bei je 5 Fällen von Syphilis recens resp. recidiva), jedoch nur 1 Mal, gleichzeitig mit dem Ausbruch des Exanthems. Dass «dieser Icterus wirklich eine syphilitische Erkrankung ist», geht aus diesen Fällen nicht mit Sicherheit hervor, doch liegt der Zusammenhang nahe, könnte jedoch nur durch den Obductionsbefund bewiesen werden.

Bei der Wichtigkeit dieser Frage für die Feststellung, ob bei frischer Syphilis Organerkrankungen vorkommen oder nicht, muss jedenfalls noch weiter beobachtet werden, ob es sich nicht doch nur um Coincidenz handelt. Wenig wahrscheinlich hält es Verf., dass Icterus durch mercurielle Behandlung entsteht.

Bei beiden dieser Arbeit angefügten Fällen von acuter gelber Leberatrophie bei recenter Syphilis (in beiden Fällen handelt es sich wiederum um weibliche Patienten) haben wir es wohl nur mit Coincidenz zu thun. Petersen.

Fr. Friedmann (Wien): Zur Frage nach der willkürlichen Geschlechtsbestimmung des künftigen Individuums. (Klin. therap. Wochenschrift. 1898. Nr. 32.)

Nicht das Pro oder Contra Verfassers in Bezug auf die so viel Aufsehens erregende Theorie Schenk's bekommen wir hier zu lesen, in dieser vorläufigen Mittheilung offenbart uns Friedmann seine eigene Theorie und deren vielversprechendes Ergebniss in praxi.

In dem befruchteten Ei sei sowohl das masculine als auch das feminine Element vorhanden, und je nach dem Umstande, welches von den Elementen sich als das stärkere zeigt, würde auch ein diesbezügliches Geschlecht das sich entwickelnde Individuum besitzen. Um das Geschlecht nun zu beeinflussen, würde es sich darum handeln, sowohl für das masculine als auch für das weibliche Element je eine Art Toxalbumin zu finden, so dass das eine überwiegt, nachdem das andere zerstört worden ist. Verf. gelangte nun auf empirischem Wege dazu, das Ovariin zur Zerstörung des weiblichen, das Spermin zu der des männlichen Protoplasmas anzuwenden, und es gelang ihm auch bei den Thierversuchen mit dem Ovariin die Erzeugung eines männlichen, mit dem Spermin die eines weiblichen Individuums.

Zu dem Experimente wurden Meerschweinchen verwendet. Das Weibchen wurde zunächst einer förmlichen Ovarisirung unterzogen, indem ihm im Laufe von 3 Monaten und 20 Tagen 110 Ovariintabletten gepulvert mit der Nahrung verabfolgt wurden. Dieses vertrug das Thier glänzend, indem es an Gewicht zunahm. Zum Schlusse der Prüfungszeit wurde ein normal entwickeltes Männchen geworfen, welches dem



Mutterthier ähnelnd gelblich gefleckt war. Die Thiere wurden auf einige Zeit separirt, und dann wurden dem weiblichen subcutan sieben Sperminiujectionen beigebracht, nach 2 Monaten und 7 Tagen wurde ein normal entwickeltes weibliches Junge geboren, dass sowie sein Erzeuger einen schwarzen Fleck auf dem linken Ohre hatte. In beiden Experimenten verstrich eine auffallend lange Zeit bis zum Werfen, da dieses normaliter alle 4—6 Wochen zu erfolgen pflegt. Verf. ist geneigt dieses so zu erklären, dass sich jedesmal das Geschlechtsorgan dem Präparat anpassen musste, während welcher Anpassungszeit trotz häufig stattfindender Begattung Sterilität bestand. Die Energie der Zeugungskraft scheint gleichfalls herabgesetzt zu sein, da ja diese Thiere gewöhnlich 3—5 Junge werfen.

Beim Lesen dieser Mittheilung müsste man glauben, das schwierige Problem sei nun ganz einfach gelöst! Weitere Prüfung dieser Theorie ist jedenfalls dringend erwünscht, dazu möchte auch Verf. am Schlusse aufgefordert haben. Dann wird es sich herausstellen, ob hier nicht ein blosser Zufall obgewaltet hat. Verf. hofft späterhin über die augenblicklich von ihm unternommenen weiteren Versuche berichten zu können. Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, redigirt von E. v. Leyden und A. Goldscheider. Band I, Heft 1. Leipzig. Verlag von G. Thieme. 1898.

Diese unter der bewährten Leitung von v. Leyden und Goldscheider im Mai dieses Jahres neu herausgegebene Zeitschrift, zu deren Mitarbeitern Männer mit Namen von bestem Klang auf dem Gebiete der inneren Medicin, vornehmlich in Deutschland, gehören, ist zur Förderung der hygienisch-diätetischen Behandlungsmethode begründet worden, damit die sich auf diesem Gebiet entwickelnden Bestrebungen ein eigenes Organ in der Presse haben. Demgemäss zieht die Zeitschrift in den Bereich ihrer Betrachtung Fragen aus dem Gebiete der Diätetik, der Aero-, Klimato-, Hydro- und Eectro-Therapie, den Einfluss des Lichtes, der Kälte und Wärme, der Uebung und Bewegung etc. Die physikalischen und diätetischen Heilmethoden haben sich in jüngster Zeit sehr hervorgethan und erfreuen sich in Aerztekreisen, sowie auch im Laienpublicum grosser Beliebtheit, es treten immer neue Fragen und Heilfactoren auf und für die richtige Beurtheilung dieser Heilmethoden soll diese Zeitschrift eine Richtschnur und ein Rathgeber sein. Ausser den Originalarbeiten erscheinen Referate, welche in das Gebiet der Zeitschrift fallen, casuistische Mittheilungen etc. Das erste Heft des ersten Bandes, das uns vorliegt, enthält acht Originalarbeiten. Gerhardt giebt in wenigen Worten eine gewisse «Körperstellung bei Emphysem zur Beförderung der Ausathmung» an. H. Weber geht in seinem Aufsatz «Zur Verhütung der Senilitas praecox» auf die Ursachen des frühen Alterns ein, für die als anatomisches Substrat die Entartung der feinsten Gefässe in allen oder einigen Organen angeschuldigt wird, und giebt zur Verhütung derselben diätetisch-hygienische Rathschläge an, welche in die Worte «Arbeit und Enthaltsamkeit» zusammengefasst werden. Winternitz resumirt in seinem Aufsatz «Vierzig Jahre Hydrotherapie» seine Resultate auf diesem Gebiete und entwirft in kurzen Zügen ein Bild von der Einwirkung des thermischen Mediums auf Innervation, Circulationsvorgänge, die Temperaturbilanz, Stoffwechsel (Erhöhung der intraorganen Oxydation und Steigerung der Zellenthätigkeit). Die Anwendung der trockenen Hitze befürwortet Gravitz: «Ueber die Verwendung des heissen Sandes zu therapeutischen Zwecken» in Form von Vollbädern oder Sandsäcken, wo es sich um Resorption entzündlicher Exsudate oder chronisch-arthritische Processe handelt, auch bei acutem und chronischem Muskelrheumatismus oder neuralgischen Affectionen mit Erfolg zu verwenden. Ueber die Einwirkung hoher Temperaturen auf den gesunden und kranken menschlichen Organismus macht uns M. Mendelsohn in seinem Artikel «Ueber Heissluftbehandlung» bekannt. Plaut: «Ueber die Verwendung von Eiweisspräparaten am Krankenbett mit besonderer Berücksichtigung des Tropons» untersuchte, wie sich bei Darreichung des Tropons die N-Ausscheidung verhält und fand, dass dieses Präparat gut ausgenutzt wird und daher als Nährpräparat angewandt werden kann. Der letzte Aufsatz betrifft die «Untersuchungen zur Chemie der Diabetes-Küche» und hat F. Kraus zum Autor. K. untersuchte die verschiedenen Obstsorten in frischem Zustande und nach dem Trocknen und fand, dass das Obst in gekochtem Zustande viel weniger Zucker enthält. Es wird bei dieser Gelegenheit der im Handel gebräuchlichen Fruchtconserven Erwähnung gethan, von denen manche eine erwünschte Beigabe für den Diabetiker als Genussmittel darstellen. Auch andere practische Winke für die Diabetikerküche finden sich in diesem Aufsatz.

Aus diesen in gedrängtester Form wiedergegebenen Referaten ist ersichtlich, wie reichhaltig das Programm und lehrreich das Gebiet! Wir wünschen der neuen Zeitschrift auch in Russland die Verbreitung, die sie verdient. Lingen.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 18. Februar 1898.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. v. Zur-Mühlen einen Fall von Empyem des Sinus frontalis, den er mit breiter Eröffnung radical operirt hat und empfiehlt diese Behandlungsmethode als die einzige, durch welche man des krankhaften Processes mit Sicherheit Herr werden könnte. Die durch die Operation verursachte Narbe sei nicht auffällig und bei vollem Erfolge nur in sehr geringem Grade entstellend.

Dr. Rimscha bemerkt hierzu, dass eine gewisse Entstellung durch die Narbe wohl in keinem Falle fehle, unter Umständen sogar recht arg sein könne und dass man daher, namentlich bei jüngeren Frauen, wohl nur im äussersten Falle sich zur radicalen Operation entschliessen würde. In sehr vielen Fällen gelange eine Therapie zum Ziel, welche die natürlich vorhandenen Abflusswege durch die Nase zum Angriffspunct wähle, durch Offenhalten bezw. Erweiterung derselben die Secretstauungen verhüte und so, wenn auch keine völlige Ausheilung, doch ein vollkommenes Schwinden der Beschwerden erreiche.

Dr. v. Zur-Mühlen: Für viele Fälle sei dieser Weg gewiss zulässig und könne zum Ziel führen, wo aber in der erkrankten Schleimhaut bereits secundär degenerative Veränderungen Platz gegriffen hätten, sei eine spontane Ausheilung wohl kaum zu erwarten.

Dr. v. Krüdener: Er habe Gelegenheit gehabt, eine grosse Zahl von Patienten nach dieser Operation zu sehen und müsse constatiren, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle die Entstellung durch die Narbe nur gering sei, so dass die Rücksicht auf dieselbe da, wo ein eingreifendes Verfahren indicirt sei, nicht in Betracht komme.

2. Dr. Hampeln macht die angekündigten Mittheilungen über die Punction des Herzens. Dieselbe sei schon vor einiger Zeit von Amerika aus als extremes Mittel bei Circulationsstörungen schwerster Art vorgeschlagen worden unter ausreichender theoretischer Begründung. Die Casuistik umfasse noch eine geringe Zahl von Fällen, so dass ein abschliessendes Urtheil über die Erfolge zur Zeit noch nicht möglich sei, jedoch sei die Ausführbarkeit des Eingriffes an sich dadurch zur Genüge erwiesen. Einleitend geht Vortr. zunächst auf die, das Wesen aller schweren Circulationsstörungen darstellende Insufficienz des Herzens näher ein, indem er in kurzer Uebersicht die Folgen der Insufficienz bei Fehlern des Mitralostiums (Erlahmung des linken Ventrikels mit consecutiver Stauung im kleinen Kreislaufe) und bei Erkrankungen des Aortenostiums (Stauung im grossen Kreislauf mit Oedemen, Anasarca, Anämie etc.) einander gegenüberstellt. Die Wirkung der Herzmittel, deren Wesen nach Basch darin zu suchen sei, dass sie durch gesteigerte Thätigkeit des linken Ventrikels eine Saugwirkung auf die Lungenvenen ausüben und so den kleinen Kreislauf gewissermassen ausschöpfen, versage in den Fällen, wo durch die Stauung bereits fibröse Induration, die von Basch sogen. Lungenstarrheit, eingetreten sei. Zur Ausbildung dieses Zustandes neigen am meisten die Erkrankungen des Mitralostiums, dann veraltete Emphyseme u. s. w. In solchen Fällen entspräche die Punction des Herzens, die den rechten Ventrikel betreffe, direct der dringendsten Indication, der Entlastung des überfüllten kleinen Kreislaufs. Nur halte er die vorgeschriebene Entnehmung von 100—150 Ccm. Blut für viel zu gering, um einen nennenswerthen Effect zu erzielen, habe sich aber doch zu Ende des vorigen Jahres entschlossen, an 2 desolaten Fällen schwerster Circulationsstörung, einem Emphysem sub finem vitae und einem Mitralfehler, einen Versuch mit dem Verfahren zu machen. In beiden Fällen erfolgte der schliesslich zu erwartende Tod bald nach dem Eingriff, nachdem in dem einen Falle eine gewisse Erleichterung der quälenden Symptome für einige Zeit zu constatiren gewesen war, so dass die Möglichkeit einer Verlängerung des Lebens um einige Stunden wohl zuzugeben sei. Bei der Obduction habe sich in beiden Fällen gezeigt, dass die im IV. ICR. einmal links, einmal rechts ausgeführte Punction den rechten Ventrikel erreicht hatte. In der Pericardialhöhle fanden sich geringe Mengen flüssigen Blutes, in einem Falle auch geringe blutige Imbibition des mediastinalen Bindegewebes. Ihm erscheine, wie gesagt, die entnommene Blutmenge zu gering, s. E. müssten Blutmengen von 600—800 Ccm. entnommen werden und sei es ihm mehrfach gelungen, solche Mengen durch Application von Blutegeln und Unterhalten der Nachblutung zu entleeren. Er wähle hierzu die Gegend des Proc. xiphoid., da sich hier ein reichliches Venennetz finde, das in Verbindung mit der Vena azygos stehe,

also durch diese und die Cava auf das rechte Herz und den kleinen Kreislauf wirken könne.

Dr. Miram interessirt die Beobachtung der Blutaustritte ins Pericard. Er erinnere sich, dass Reyher bei durch Fischer's Arbeit angeregten Thierversuchen das Herz mit einem fast bleistiftdicken Troicart punctirte und dabei wiederholt die Abwesenheit jeglichen Blutaustritts ins Pericard demonstrirte.

Dr. Hampeln: Möglicherweise entstammten die geringen Blutmengen der Musculatur oder der epicardialen Fettschicht. Es sei auch in Betracht zu ziehen, dass es sich bei den Reyher'schen Versuchen um das Herz gesunder Thiere handelte, während in diesen Fällen wohl ein bedeutend höherer Seitendruck des Blutes bestand.

Dr. Bertels weist darauf hin, dass die Punction ja den rechten Ventrikel treffe, dessen Wand ja an sich dünner sei.

Dr. Hampeln: Von Fränkel (Krankenhaus am Urban) sei ein Verfahren angegeben, von der Vena jugularis ext. mit einer Canüle in den rechten Vorhof zu gehen, wo sich ebenfalls grössere Blutquanta entnehmen liessen. Ob dasselbe practisch erprobt sei, wisse er nicht.

3. Dr. Treymann berichtet über einen Fall von Spontanruptur des Uterus. (Soll veröffentlicht werden.)

Dr. Hach hat die Patientin während der Gravidität ebenfalls gesehen und ist der Ansicht gewesen, dass Abwarten zulässig sei und dass das Prochownik'sche Verfahren Aussicht biete, durch spontane Geburt ein lebendes Kind zu erhalten. Er habe übrigens, wie er als Curiosum mittheilen wolle, erst kürzlich einen Fall erlebt, in welchem unter dem Prochownik'schen Verfahren ein Kind geboren wurde, welches das einer früheren, diätetisch nicht eingeschränkten Gravidität an Grösse bedeutend übertraf.

Dr. Treymann: Die vordere Scheitelbeineinstellung hatte allerdings schon eine schwere Entbindung voraussehen lassen, jedoch seien Symptome einer drohenden Uterusruptur durchaus nicht zu beobachten gewesen. Die Ruptur war mit einem Schlage da, so dass die Dehnung des unteren Uterussegments ausserordentlich plötzlich erfolgt sein müsse.

Dr. Woloshinsky ist Zeuge eines Falles von plötzlicher Uterusruptur gewesen; er ist geneigt, anzunehmen, dass alte perimetritische Processe etwa die Uteruswand fixiren und so das Zustandekommen der raschen Dehnung ermöglichen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Vermischtes.

— Am 16. October d. J. vollenden sich 35 Jahre der wissenschaftlichen Thätigkeit des ehemaligen Professors der Psychiatrie und Neurologie an der mil.-med. Academie, Geheimraths Dr. J. P. Mierzejewski. In der russischen medicinischen Literatur nimmt Prof. M. einen ehrenvollen Platz ein, namentlich auch als Redacteur der «Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie».

— Am 2. Oct. beging die Moskauer Chirurgische Gesellschaft ihr 25-jähriges Jubiläum mit einer feierlichen Sitzung, in welcher der Jubilarin zahlreiche Glückwünsche und Adressen von medicinischen Gesellschaften und Hospitälern dargebracht wurden. Die genannte Gesellschaft ist die drittälteste unter den zwölf medicinischen Gesellschaften Moskau's.

— Zur Besetzung des durch den Tod Prof. Kostjurin's erledigten Lehrstuhls für Pharmakologie und Receptirkunde ist von der militär-medicinischen Academie ein Concurs ausgeschrieben worden, zu welchem die Bewerber sich bis zum 26. December d. J. zu melden haben. Die Vorlesungen über Pharmakologie und Receptirkunde an der Academie sind, wie verlautet, interimistisch den Privatdocenten der Academie Dr. Kotljar und Dr. Kamenski übertragen worden.

— Eine Moskauer Zeitung bringt die Mittheilung, dass der Privatdocent der dortigen Universität Dr. zoolog. A. N. Ssewerzow zum Professor der Zoologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ernannt worden sei. Da Professor Dr. J. v. Kennel nach wie vor den Lehrstuhl der Zoologie in Jurjew (Dorpat) inne hat, so handelt es sich, wie die «Nordlivl. Ztg.» erklärt, in diesem Falle um die Creirung einer jener Parallel-Professuren, die für diejenigen Lehrfächer, welche noch nicht mit russisch vortragenden Professoren besetzt werden konnten, in Jurjew (Dorpat) errichtet werden. Es sind das diejenigen Lehrstühle, die mit seiner Zeit aus dem Auslande berufenen Gelehrten besetzt wurden und deren Inhaber weder zu Vorlesungen in russischer Sprache bei ihrer Berufung verpflichtet worden waren, noch vor Ablauf ihrer Dienstzeit ohne Entschädigung entlassen werden können.

— Ernannt: der Ehrenleibmedicus und ordentl. Professor der Therapie an der milit.-med. Academie, wirkl. Staatsrath Dr. L. Popow — zum berathenden Mitgliede des gelehrten militär-medicinischen Comités, unter Enthebung vom Professoren-Amte nach Ausdienung der Jahre und unter Belassung in der Würde eines Ehrenleibmedicus; der Brigadearzt der 4. kaukas. Inf.-Reservebrigade, Staatsrath Dr. von Reutlinger — zum Gehilfen des Bezirks-Medicinalinspectors des Amur-Militärbezirks.

— Verabschiedet: der Oberarzt des Revalschen Militärlazareths, Staatsrath Dr. Weissenhof, auf eigenes Ersuchen.

— Verstorben: 1) Am 29. September in Sarepta Dr. Heinrich Hamberg im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1863—69 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde H. Stadtarzt zu Bjelsk (Gouv. Grodno), dann in Bjelostok und fungirte von 1876—79 als Ordinator am Obuchow-hospital in St. Petersburg. Während des russ.-türkischen Krieges 1877—78 war er als Arzt am Hospital des Rothen Kreuzes in Bender thätig und nahm 1879 die Arztstelle in der deutschen Colonie Sarepta (Gouv. Ssaratow) an, wo er als Arzt wie als Mensch allgemeiner Achtung und Liebe sich erfreute. 2) Am 23. Juli in Smilten (Livland) der dortige Kirchspielsarzt Dr. Andreas Braschnewitz, 49 Jahre alt, ebenfalls ein Schüler der alten Dorpater Universität, an welcher er von 1874—80 studirte und den Arztgrad erlangte. Ein Rigaer Blatt brachte aus der Gemeinde, in welcher der Entschlafene 16 Jahre hindurch als Arzt gewirkt, einen ihm gewidmeten tiefempfundenen Nachruf. 3) Am 16. September in Lodz der frühere Kreisarzt Dr. Rudolf Golz im Alter von 72 Jahren. Der Verstorbene hat bis zur letzten Stunde in voller Lebenskraft seinen Beruf ausgeübt. 4) In St. Petersburg der pensionirte Militärarzt Wlad. Burinski im 53. Lebensjahre. Obschon in Folge von schwerem Typhus und Malariafieber, welche er während des letzten russ.-türkischen Krieges durchmachte, halbseitig gelähmt, war der Verstorbene bis in die letzte Zeit unermüdlich als Uebersetzer und Referent für verschiedene Werke und Journäle thätig. 5) In München der bekannte Reiseschriftsteller Dr. Theodor Gsell-Fels im Alter von 79 Jahren. Nachdem G.-F. längere Zeit in verschiedenen Orten als Arzt gewirkt hatte, wurde er 1870 Schulinspector in Basel und las zugleich an der Universität über Kunstgeschichte, bis er 1880 seinen Wohnsitz nach München verlegte. Seiner gründlichen Kenntniss Italiens und der Kunstschätze dieses Landes, welche er als practischer und erfahrener Reisender durch «Meyer's Reisebücher» Anderen zugänglich gemacht hat, verdankt er seinen weit verbreiteten Ruf. Alle, die mit «Gsell-Fels» Italien bereist haben, werden sich des zuverlässigen Führers dankbar erinnern.

— Der berühmte Chirurg, Prof. Dr. Friedrich v. Esmarch in Kiel, beging am 7. Oct. n. St. unter zahlreicher Betheiligung der medicinischen Kreise sein 50-jähriger Doctorjubiläum.

— Die Victoria-Universität in Liverpool hat vor Kurzem dem berühmten Chirurgen Lord Lister das Diplom eines Ehrendoctors der Naturwissenschaften überreicht.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow hat auf ehrenvolle Einladung der Charing-Cross Hospital Medical School am 3. October n. St. in London die alljährlich im Herbst stattfindende Huxley-Vorlesung vor einer grossen Versammlung hervorragender Aerzte und vieler Studenten gehalten. Als Thema hatte er die Fortschritte der wissenschaftlichen Errungenschaften auf dem Gebiete der Medicin und Chirurgie gewählt. Auf dem am nächsten Tage zu Ehren Virchow's veranstalteten Festmahl, an welchem gegen 250 Aerzte Grossbritanniens und Irlands theilnahmen, hielt Lord Lister als Vorsitzender die Festrede. Viele der Anwesenden, sagte er, seien persönliche Schüler Virchow's gewesen, — gelehrt habe er aber alle. Selten habe sich ein Mann in so verschiedenen Fächern ausgezeichnet: In der Pathologie herrsche Virchow und seine Lehre; dabei gebe es keinen unter den Lebenden, der so in der Geschichte der Medicin bewandert sei, zugleich sei Virchow eine Autorität in der Anthropologie und ein hervorragender Alterthumsforscher. Als Forscher und Gelehrter habe Virchow wenige seines Gleichen. — Die medicinische Presse und die Tagesblätter Londons widmen spaltenlange ehrende Artikel dem berühmten Gast.

— Die Berichte vom spanisch-amerikanischen Kriegsschauplatz brachten häufig Klagen über die traurigen Zustände im Sanitätswesen der nordamerikanischen Armee. Darüber kann man sich nun nicht wundern, wenn man erfährt, dass z. B. der Chefarzt Dr. Huidekoper des im Feldlager Thomas bei Chickamanga liegenden Corps, in welchem die meisten Soldaten an Typhus in Folge Mangels

jeglicher sanitärer Vorkehrungen starben, — ein Thierarzt ist. Nachforschungen haben ergeben, dass dieser Corpsarzt Huidekoper gemeinschaftlich mit einem Dr. Gill vor dem Kriege ein Hospital für kranke Thiere in New-York geleitet hat. Wie Dr. Gill höchst naiv mittheilte, hat sein Partner das Schoosshündchen der Frau Präsidentin Mc. Kinley so erfolgreich curirt, dass er daselbst Schoosskindchen wurde. «Also ein Thierarzt — bemerkt dazu die «New-Yorker Staats-Ztg.» mit Entrüstung — wurde Chefarzt eines grossen Feldlagers, weil er das Hündchen der Frau Mc. Kinley so gut curirt hat! Kein Wunder, dass den Soldaten die Hundecur so schlecht bekommen ist! Es theilen sich in die Verantwortung für diese ungeheuerliche Schmach der Präsident selbst, dem unbedingt die Verhältnisse bekannt sein mussten, der Secretär Alger, der bereitwillig seine Hand dazu bot, und Generalarzt Sternberg, weil er sich über die Befähigung der von ihm vorgeschlagenen Aerzte gar nicht informirt hat».

— Ein merkwürdiger Specialist. Wie der «Berl. Aerzte-Correspondenz» mitgetheilt wird, prangt seit einigen Tagen am Hause Nr. 119 der Kurfürstenstrasse in Berlin ein grosses Schild mit der Aufschrift: Dr. Robinski, Specialist für innere, insbesondere schwere und langwierige Krankheiten.

— Pestfälle in Wien und in Samarkand. Wie den Lesern aus der Tagespresse bekannt ist, sind in der vorigen Woche in der Nothnagel'schen Klinik in Wien zwei Todesfälle an der indischen Pest vorgekommen. Am 3./15. Oct. erkrankte der Diener am pathologischen Institut im Allgemeinen Krankenhause Barisch, welcher die Reinigungsarbeiten und die Thierfütterung in dem zum bacteriologischen Studium der Pestkrankheit dienenden Laboratorium zu besorgen hatte, unter Symptomen einer beginnenden Pneumonie, die sich im weiteren Verlauf, namentlich durch die bacteriologische Prüfung des Bronchialauswurfs, als eine Infection mit Pestbacillen erwies und nach 3 Tagen den Tod des Erkrankten herbeiführte. Ein Opfer der Pestinfection wurde wenige Tage später noch der den Diener Barisch behandelnde Assistenzarzt Dr. Müller, welcher in Indien die Symptome der Pestkrankheit genau kennen gelernt hatte und das Leiden des erkrankten Barisch auch bald erkannte, leider aber zu spät, um sich vor der Infection schützen zu können. Erkrankt sind noch die beiden Wärterinnen des verst. Barisch und der Wärter Göschl, von denen nur die eine Wärterin Pecha noch nicht ausser Gefahr ist. Weitere Erkrankungen und Todesfälle sind nach Ergreifung energischer Vorsichtsmassregeln seit dieser Zeit nicht vorgekommen, wie man das übrigens bei einer solchen Pest, «Laboratoriumspest» erfahrungsgemäss auch erwarten konnte, und darf man daher annehmen, dass eine Weiterverbreitung der Pestkrankheit von Wien aus nicht stattfinden wird.

Schlimmer dagegen steht es im russischen Gebiet Ssamarkand, wo, nach dem Bericht des Turkestanischen Generalgouverneurs, im Kischlak Ansow seit einiger Zeit (8. Oct.) pestähnliche Erkrankungen in grösserer Zahl aufgetreten sind. Hoffentlich gelingt es durch die von der örtlichen Administration und der Allerhöchst eingesetzten Pest-Commission angeordnete Absperrung des Krankheitsheerdes die umliegenden Ansiedelungen vor der Infection zu schützen und damit die Weiterverbreitung der Seuche zu verhüten. Auf Allerhöchsten Befehl hat sich der Präsident der genannten Commission, Sr. Hoheit Prinz Alexander von Oldenburg, indas Gebiet von Ssamarkand begeben, um an Ort und Stelle energisch Massregeln zur Verhinderung weiterer Erkrankungen und zur Gesundung der Gegend zu ergreifen.

— Vacanz. Am ritterschaftlichen Leprosorium in Kuda (Estland) wird mit dem 15. December d. J. die Stelle eines Arztes frei. Nähere Auskünfte ertheilt die Estländische Ritterschafts-Canzellei (Reval, Ritterhaus).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. October d. J. 7829 (189 mehr als in d. Vorw.), darunter 653 Typhus — (16 mehr), 836 Syphilis — (38 mehr), 126 Scharlach — (3 wen.), 154 Diphtherie — (19 mehr), 27 Masern — (2 mehr) und 6 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. Sept. bis 3. October 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	242	565	106	47	100	20	8	16	62	38	48	48	31	27	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 16, Diphtherie 24, Croup 2, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 5, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 52, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 27. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Bary, Ueber einen Fall von peripherer Facialislähmung mit Sectionsbefund.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. October 1898.

Tagesordnung: Dr. Frankenhäuser, Ueber einen Fall von Morbus maculosus Werlhofi.

Довв ценз. Спб. 17 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, 24. October (5. November) 1898

Ueber Verlauf und Therapie der Ruhr.

Von
Z. Blindreich,
pract. Arzt in Wolmar.

Vortrag, gehalten am 20. August 1898 auf dem X. livländischen Aerztetage

M. H.! Gestatten Sie mir Ihnen hier die Resultate meiner Beobachtungen mitzutheilen, welche ich während der Ruhrepidemie in Wolmar anno 1896 und 1897 gesammelt habe.

Es brach hier die Ruhr aus in der Mitte des August 1896, wo sie von einem Hause ausgehend, sich bald auf ein ganzes Stadtviertel ausbreitete. Hierbei machte ich die Erfahrung, dass auch in der zahlreichsten Familie gewöhnlich nur eine Person erkrankte, sehr selten waren 2—3 Ruhrfälle in einer und derselben Familie zu finden; dagegen gab es wohl mehrere Ruhrkranke in einem und demselben Hause. Bei der Auswahl ihrer Opfer machten die Ruhrmikroben keinen Unterschied von Alter oder Geschlecht, auch spielten die Jahreszeiten keine wesentliche Rolle, so konnten sie im Sommer wie im Winter ihre Wirkungen entfalten. Dagegen sind die auch hier gemachten Erfahrungen dafür beweisend, dass die Ruhrkeime zu ihrer Entwickelung wohl einer bestimmten Temperatur bedürftig sind: sowohl i. J. 1896 als auch 1897 brach hier die R. in der heissen Jahreszeit aus. Sind aber die Mikroben einmal im Sommer entwickelungsfähig geworden, so können sie noch im Winter zur Wirkung gelangen, falls sie durch eine Zufälligkeit erst dann auf irgend eine Weise zur Wirkung gelangen. Ich glaube, wir dürfen mit Bestimmtheit von Ruhrmikroben reden, ebenso wie von Typhusbacillen. Doch möchte ich dahingestellt sein lassen, ob diese Mikroben als solche die Ruhr erzeugen können, oder ob noch die Anwesenheit einer gewissen anderen Spaltpilzart nothwendig ist, dass sie z. B. nur in Association des Bact. coli commun. die Dysenterie bewirken. Ferner hatte ich während beider Epidemien Gelegenheit mich davon zu überzeugen, dass wie bei jeder anderen Infectionskrankheit auch bei der Ruhr dieser wichtige Satz zur Geltung gelange: «eine Steigerung der Constitutionskraft bedingt eine Herabsetzung der Praedisposition, und umgekehrt, eine Herabsetzung der Constitutionskraft bewirkt eine Steigerung der Praedisposition». Weswegen gerade 1896 und 1897 die Ruhrepidemie in Wolmar ausbrach und nicht früher, ist ebenso zu beantworten wie die Frage, weswegen herrschte hier im Winter 1896 bis zum Sommer 1897 eine Scharlach- und Masernepidemie; ich glaube einfach deswegen, weil die betreffenden Keime gerade zu jener Zeit hier die günstigsten Bedingungen zu ihrer Entwickelung vorfanden. Dass sie hierher von anderen durchseuchten Orten eingeschleppt wurden, kann man sehr wohl annehmen, aber sie waren auch in anderen Jahren hierher eingeschleppt; da sie früher hier keinen günstigen Boden zu ihrer Entwickelnng vorfanden, konnten sie auch keine Epidemien hervorrufen. Ferner machte ich die Erfahrung, dass die Ruhr 1897 einen ganz anderen Stadttheil ergriff als 1896, überall da, wo sie 1896 geherrscht hatte, war im folgenden Jahre kein einziger R.-Fall zu constatiren. Und zwar betraf die Epidemie 1896 zum grössten Theile alle in der Gegend des Bischofsgrabens gelegenen Häuser. Dieser Umstand hatte mich auf den Gedanken geführt, dass der Ruhrkeim am wahrscheinlichsten mit dem Trinkwasser in den Organismus gelange, da hier nur Brunnenwasser benutzt wird. Als aber i. J. 1897 die R. gerade dort auftrat, wo nur unser Aawasser benutzt wird, so müssen wir annehmen, dass der Keim wohl nicht einzig und allein im Wasser zu finden sein werde. Denn erstlich müsste die ganze Stadt an der R. erkranken, welche von der Wasserleitung her Fluss(Aa)wasser benutzt; ferner müssten Säuglinge, die wohl kaum Wasser zum Trinken erhalten, von der R. verschont bleiben. Dass Säuglinge an echter Ruhr erkranken können, davon habe ich mich sehr oft überzeugen können. Ich nehme nicht an, dass die Mikroben mit der Muttermilch übergehen, sondern

sie können sich ebenso wie Erwachsene inficieren. Es ist hier eine ausgemachte Sache, dass die Säuglinge in den meisten Fällen Kuhmilch als Zukost erhalten, ja viele Säuglinge erhalten schon in den ersten Monaten Zwiebacke, kaum haben sie das erste halbe Jahr erreicht, so giebt ihnen unsere ländliche Bevölkerung schon Manna, zuweilen auch Kartoffeln, Brot etc., in den seltensten Fällen aber Trinkwasser. Ich führe Letzteres an, nicht um zu zeigen, dass die Infection einzig und allein durch Nahrungsmittel geschehe, sondern dass überhaupt Säuglinge wie Erwachsene an der Ruhr erkranken.

Es muss uns keineswegs Wunder nehmen, dass während der Ruhrepidemie in der Stadt es auch R.-Fälle auf dem Lande giebt, wohin der R.-Keim verschleppt wird. Es ist aber schwer jedes Mal zu constatiren, auf welche Weise die Uebertragung geschieht, ob durch Wasser, Nahrungsmittel, Kleider etc. Zum Unterschied von Scharlach und Masern war hier die R. sehr an ihren bestimmten Bezirk gebunden; trat sie aber in einzelnen Häusern auch ausserhalb ihres Quartals auf, so war es oftmals nicht schwer, bei einigem Nachforschen in Erfahrung zu bringen, welche Personen desjenigen Hauses, wo Jemand an der R. erkrankte, irgend einen R.-Kranken besucht hatte. Anfangs schien es hier, dass der wohlbegüterte Theil der Stadtbevölkerung von der R. verschont blieb, später erwies es sich aber, dass es dem R.-Keim einerlei war, ob Reich oder Arm, wenn der Betreffende im R.-Quartale wohnte und wenn es dem R.-Keim auf irgend eine Weise gelang in den Verdauungstractus des Menschen in genügender Concentration zu gelangen, so hatten wir es mit einem R.-Fall zu thun. Doch darf ich nicht unerwähnt lassen, dass die Ruhr-Quartale grösstentheils von der ärmsten Classe unserer Bevölkerung bewohnt werden.

Symptome. Die Krankheit beginnt mit starken Schmerzen um den Nabel herum und gleich darauf folgenden Durchfällen, wobei anfangs darin noch kein Blut zu sehen sein muss, am 2. oder spätestens am 3. Tage der Erkrankung sind schon Blutmengen in den Stühlen bemerkbar, gemischt mit necrotischen Schleimhautpartikelchen. Diese letzteren sind für die Ruhr-Stühle sehr characteristisch und während einer Ruhr-Epidemie wird man, glaube ich, selten fehl gehen, wenn man beim Vorhandensein dieser necrotischen Darmschleimhautpartikelchen in den Stühlen Dysenterie diagnosticirt. Blut braucht namentlich in den letzten Tagen der Krankheit nicht immer vorhanden zu sein. In leichten Fällen dauert die Krankheit eine Woche, in weniger leichten Fällen 2—3 und in schweren Fällen 3—4 Wochen; die letzteren können in die chronische Ruhr übergehen, welche ich in 6 Fällen fast ein halbes Jahr zu behandeln hatte und die schliesslich mit Genesung endeten. Je nach der Intensität der Fälle beträgt die Zahl der Stühle 6—72 in 24 Stunden, sind die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit in der Nabelgegend und in der linken Fossa iliaca stärker, der Tenesmus heftiger. Die Stühle sind, auch in schweren Fällen, geringfügig, anfangs breiig, später flüssiger und gegen Ende der Krankheit fast geruchlos. Der Puls ist klein und weich; das Sensorium ist aber stets frei und auch an den übrigen Organen ist nichts Besonderes nachzuweisen. Als ein sehr wichtiger Punct für die Differentialdiagnose von Ruhr- und typhösen Stühlen ist die Abwesenheit von Fieber während des Ruhrverlaufes zu bezeichnen. Sollte man doch während der Ruhrkrankheit Fieber auftreten sehen, so möchte ich behaupten, dass es sich um eine andere als die in Wolmar im J. 1896 und 1897 stattgehabte Ruhrform handelt. Im ersteren Jahre hatte ich 163 R.-Fälle, im letzteren im Ganzen 279 R.-Fälle in Behandlung, kein einziges Mal konnte ich Fieber constatiren. Diese Fälle betrafen nicht nur die Stadt Wolmar allein, sondern auch den Wolmarschen und 1897 zum Theil auch den Wenden'schen Kreis. Es erkrankten Kinder schon im Alter von 2 Monaten, während die Mutter gesund blieb. Für Kinder bis zum 2. Lebensjahre war die Prognose ziemlich ungünstig, dagegen war sie für jedes andere Alter im Allgemeinen eine recht gutartige. Die Mortalität meiner anno 1896 behandelten Ruhrkranken betrug 5 pCt., im Jahre 1897 war die Zahl der Sterbefälle etwas grösser, ca. 8 pCt. Die grössere Sterblichkeit im vorigen Jahre erkläre ich mir auf folgende Weise. Erstlich hatten wir es im Jahre 1897 mit schweren Fällen zu thun, zweitens betraf die R.-Epidemie im genannten Jahre die entfernter von der Stadt gelegenen Gebiete, welche wegen der zu weiten Entfernung von der Stadt sich zu spät an den Arzt wandten, andererseits unterliessen sie es, eingedenk der guten Prognose der Krankheit vom Jahre 1896, sich zum 2. Male in die Stadt um ärztliche Hilfe zu begeben, da damals mehrere Fälle spontan heilten. Diese angegebenen Mortalitätsziffern entsprechen aber der Wirklichkeit nur so weit, wie landärztliche Angaben überhaupt der Wirklichkeit entsprechen können. Wir müssen nämlich hierbei in Betracht ziehen, dass wir nicht von allen Sterbefällen in Kenntniss gesetzt werden.

Ferner bemerkte ich, dass für die Voraussage es von grösster Wichtigkeit ist, dass Pat. nur ja nicht von der normalen Körperwärme verliere, bei subnormalen Temperaturen müssen wir die Prognose als ziemlich hoffnungslos bezeichnen; keinerlei Excitantien, keinerlei sonstigen Medicamente halfen mehr, wenn am Morgen noch keine Besserung constatirt werden konnte und der Körper gegen Abend sich kältlich anfühlte. Der Tod braucht aber nicht gleich hierbei einzutreten, einige Male bemerkte ich, dass der Exit. letalis erst 2 Tage nach dieser auffallenden Abkühlung und sogar nach Sistiren der Stühle auftrat. Als Todesursache konnte ich Blutverlust und Erschöpfung bezeichnen, kein einziges Mal konnte ich annehmen, dass der Tod durch Sepsis oder Darmperforation eingetreten sei.

Ehe ich auf die Therapie eingehe, will ich Sie auf einige ganz besondere Complicationen und Nachkrankheiten aufmerksam machen. Dass Ascites sich nach Aufhören der Dysenterie eingestellt hat, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, werden wohl die Meisten von Ihnen, m. H., welche Ruhr zu behandeln hatten, erlebt haben; nicht Alle aber von Ihnen werden wie ich in meinen Fällen 6 Mal eine Epididymitis an die R. sich anschliessen gesehen haben; 5 Mal bemerkte ich im Anschluss an Dysenterie eine Keratitis, 8 Mal eine Gonitis mit serösem Exsudat; alle diese Complicationen schwanden bei geeigneter Therapie binnen kurzer Zeit. Singultus trat sehr oft im weiteren Verlauf der Krankheit ein, war sehr lästig und schwer zu bekämpfen, doch endete kein Fall mit Singultus letal. Das gleich beim Beginn der Erkrankung auch öfters eintretende Erbrechen hatte ebenfalls nichts Gefährliches an sich.

Therapie der Ruhr:

Obwohl es mir nicht gelungen ist, in Erfahrung zu bringen, welche schädlichen Momente während der Ruhrepidemie den Menschen direct zur Erkrankung an der R. praedisponiren, so habe ich es dennoch natürlich nicht unterlassen, die wichtigsten hygienischen Massregeln in Anwendung zu bringen, welche überhaupt gegen Infectionskrankheiten angezeigt sind. So rieth ich Allen, während der Epidemie nur gekochtes Wasser zu benutzen; Früchte durften in dieser Zeit nur sorgfältig abgekocht genossen werden. Alle schwer verdaulichen Speisen, welche einen Magendarmcatarrh herbei-

führen können, sollten verboten werden. Es ist mir hier mehrfach von Laien mitgetheilt worden, dass der Genuss von Alcohol im Beginne die Krankheit zu unterdrücken im Stande sei. Ich persönlich habe mich von dieser guten Wirkung des Branntweins nicht überzeugen können, wenn auch ein Fall, der einen hiesigen Postillon betraf, dafür sprechen könnte. Letzterer hatte mich eines Abends consultirt, wobei ich an ihm alle Symptome der R. constatiren konnte; am folgenden Tage traf ich ihn genesen auf der Strasse an, nicht aber von meinen Mitteln, die hatte er gar nicht genommen, sondern, wie er sich ausdrückte, vom Schnaps, den er in der Nacht zu diesem Zweck in gehöriger Portion genommen hatte. Dieser Fall ist einfach so zu erklären, dass viele leichte Fälle spontan, ohne alle medicamentöse Behandlung ausheilen können. Dass wir ferner eine gründliche Desinfection der Stühle verlangen müssen, ist selbstverständlich. Auch müssen wir darauf achten, dass die Patienten ruhig zu Bette liegen, auf dem Leibe immer warme Umschläge halten, die Wärme wirkt schmerzlindernd und durchfallwidrig; Kälte wäre ja sehr gut gegen die entzündlichen Processe im Darme, ich machte aber die Erfahrung, dass Kälte nie gut gewirkt hat, ich habe sie daher später auch niemals mehr angewandt. Gewöhnlich besteht Appetitlosigkeit, doch nahmen die meisten Patienten von den erlaubten Speisen recht gern zu sich: Eier, roh oder sehr weich gekocht, ferner Gerste- und Haferabkochungen, auch wurde Thee mit Rum oder Rothwein gut vertragen, allmählich konnte man dann zur gemischten Kost übergehen. Sobald die Diagnose Ruhr lautet, verordne ich Calomel und gleich darauf Bismut. salicyl. (Das beste Präparat wird meiner Erfahrung nach von der Firma Brückner et Lampe geliefert; ein gutes salicyls. Bismut.-Pulver muss unbedingt von weisser Farbe. von der feinsten Structur, frei von Nitraten sein und nur Spuren von freier Salicylsäure zeigen.) Während des Bi-gebrauches verordne ich noch 4-stündl. 10 Tropfen Tr. Opii spl. Kinder werden von mir in derselben Weise behandelt, natürlich muss die Dosis verhältnissmässig kleiner gegeben werden. Doch muss ich bemerken, dass Calomel den Kindern in grösseren als in den üblichen Dosen gereicht wurde; sie vertragen es ausnahmslos, niemals erlebte ich an ihnen eine Stomatitis, wohl aber trat eine solche auf bei 3 von meinen 442 behandelten R.-Kranken, da die Betreffenden an Caries der Zähne litten. Diese Patienten waren aber froh, von ihren beängstigenden Durchfällen los zu sein und spülten recht gern den Mund mit Kali chloric., ich musste zu keinem anderen Mittel gegen die Stomatitis greifen, denn sie war nur unbedeutend. Sehr viele Male erlebte ich es, dass Ol. Ricini in grossen Mengen gegeben wurde, dabei schwanden aber nicht das Erbrechen und die heftigen Koliken, welche ich besonders in den ersten Tagen der Krankheit auftreten sah, während aber durch Calomel oft sämmtliche Schmerzen und das Erbrechen aufhörten. Man kann dem Bi salicyl. noch Plumb. acet. und Opii pur. hinzusetzen, welche auch zur Ausheilung und Ruhigstellung des kranken Darmes beitragen. Dabei machte ich aber die Erfahrung, dass Bi salicyl. längere Zeit gereicht, ohne inzwischen Calomel gegeben zu haben, absolut keine Wirkung zeigt. Unter allen Darmdesinficientien halte ich bei der Behandlung das Calomel für das beste. Ich hatte bei meinen ersten Patienten die verschiedensten Mittel angewandt, sowohl Tannigen als Tannalbin, Resorcin, Naphtalin, Ipecacuanha, Simaruba, Cort. rad. Granator etc., nichts wirkte aber so gut wie die obengenannte Therapie. Kindern ist schwer das Bi salicyl.-Pulver in letztgenannter Mischung einzugeben, da Bi salicyl. + P. acet. sich mit Wasser nicht löst; in diesen Fällen verordne ich eine Schüttelmixtur nach folgendem Recept:

Rp. Decoct Salep 100,0,
Bism. salicyl. 3,0,
Plumb. acet. 0,03,
Tr. Thebaic gtt. X.
MDS. Wohlgeschüttelt, 2stündl. 1 Theelöffel z. n.

Ausserdem sind Kindern Klystiere mit Ac. tannic. und einigen Tropfen Tr. Opii spl. zu verordnen. Auch Erwachsenen verordne ich jene Schüttelmixtur, damit das Bi salicyl. leichter einzunehmen sei oder den Patienten eine Abwechselung in der Verordnungsweise zu verschaffen. Von Klystieren sah ich bei Erwachsenen keinen Erfolg. Bei der Anwendung der Enteroklyse in der Privatpraxis stiess ich auf solche Schwierigkeiten, dass ich mich dieser gar nicht bedienen konnte. Endlich muss ich nicht unerwähnt lassen, dass die schwarzen Stühle nach der Ruhr auf Bi-gebrauch beruhen; trotz der oft noch Wochen lang andauernden schwarzen Verfärbung der Ausleerungen dürfen die Patienten sich als von ihrer Krankheit genesen betrachten. Ich rathe also, gegen Dysenterie die Cur jedes Mal mit Calomel und mit dem Bism. salicyl. opt. zu versuchen. Sollte die erste Verordnung nicht den gewünschten Erfolg herbeiführen, so gebe man diese Mittel zum 2., zum 3. eventuell auch zum 4. Male; die Besserung sieht man oft beim ersten Male, die Genesung bleibt dann auch nach dem 2., 3. oder 4. Recept nicht aus.

Referat über meine Untersuchungsergebnisse der Syphilisaetiologie an Petersburger Instituten.

Von

Dr. van Niessen-Wiesbaden.

(Nach einem Vortrage im Verein St. Petersburger Aerzte am 15. September 1898.)

Meine Herren! Zunächst spreche ich Ihnen meinen Dank für die Erlaubniss aus, als Gast vor Ihrer angesehenen ersten diesjährigen Versammlung ein Referat meiner hiesigen Arbeiten über Syphilisaetiologie zu bringen. Ich danke Ihnen um so mehr, als Sie mich durch diese Erlaubniss in die Lage versetzen ungeachtet des Fiaskos, das die Kritik meinen früheren Mittheilungen über diesen Gegenstand bereitete, jene wissenschaftlichen Scharten auszuwetzen.

Nachdem ich in Folge eingehender Nachforschungen zur Ueberzeugung kam, dass das anfangs von mir als Ausgangsmaterial für die Züchtungs- und Uebertragungsversuche verwendete syphilitische Blut in Folge der demselben stets anhaftenden mehr oder weniger hohen Immunitätsqualitäten und bactericiden Eigenschaften zur culturellen Isolierung des Contagiums sich sehr wenig eignet, wechselte ich die Marschrichtung und wählte das Knochenmark hereditär syphilitischer Kindsleichen,[1]) Allein auch hier erwiesen sich in einer grösseren Reihe einschlägiger Fälle die gewonnenen Mikroorganismen als zwar recht pathogene, für die Syphilisaetiologie an sich jedoch nicht verantwortliche Parasiten von höchstens accidenteller Bedeutung, während das eigentliche Contagium in Folge von Ueberwucherungen nicht rein zu züchten war.

Die Anfangs zur Erklärung der sich scheinbar widersprechenden Befunde zu Hilfe gezogene Multiplicität der causa morbi fiel auch mehr und mehr in sich zusammen, somit galt es von vorn anzufangen.

Wie man auf das Rechte oft zuletzt verfällt, wählte ich nunmehr zu den Cultivierungen das anerkanntermassen als ganz besonders infectiös angesehene breite Condylom, die nässende Papel.

[1]) cf. «Wien. med. Wochenschr.» Nr. 15, 1898 und Verhandlungen des 1898 Wiesb. Congresses f. innere Medicin.

Hier wollte es nun der Zufall, dass ich gelegentlich zahlreicher cultureller Experimente mit diesem Material, während ich einer wiederholt in syphilitischen Producten angetroffenen Bacterienart nachstellte, einer mir bis dahin unbekannten Species begegnete.

Um nichts unversucht zu lassen, wurde dieselbe, nachdem die Reinzüchtung und unbegrenzte Fortpflanzung auf den gebräuchlichen Nährböden, wenn auch nicht ohne Schwierigkeiten gelungen war, auf Thiere übertragen.

Mit Uebergehung der bacteriologischen Details, die in nächster Zeit im Zusammenhang wiedergegeben werden, sei hier nur hervorgehoben, dass der Bacillus in gewissen Wuchsformen den von Lustgarten im specifisch entarteten Gewebe abgebildeten sehr ähnlich sieht und dass er unter gewissen Verhältnissen die von Lustgarten angegebene differentielle Färbung annimmt.

Ferner: Wurde ein Tropfen Bouillon-Reincultur mit ebensolchen von frischem Serum florider gummöser Syphilis gemengt, so trat eine ganz auffallende Agglutination ein, die bei Verwendung einer anderen Bacterienspecies, z. B. des Rotzbacillus und andererseits bei Gegenwirkung von Syphilisbacillen und Serum gesunder Thiere ausblieb.

Es wurde nun zunächst der biologische Einfluss der betreffenden Bacterienspecies auf Meerschweinchen versucht. Dabei traten, wenn man geringe Mengen submucös am Präputium oder subcutan am Leib einspritzte, hier langwierige und derbe Infiltrate mit indurativen Lymphsträngen in deren Umgebung ein, dort bildeten sich protahirt verlaufende sehr characteristische kleine Pusteln mit Gefässinjection; die Pusteln führten nicht zur Geschwürsbildung, sondern trockneten allmählich ab, um schliesslich resorbirt zu werden. Bei einem der Thiere trat ca. 8 Wochen nach der Infection eine lebhaft schuppende und gleichfalls unter langsamer Resorption und Haarschwund der betreffenden Stelle am Bein einhergehende papulöse Hauteruption auf.

Bald ging ich zu dem Menschen näher stehenden Thierarten über. Dazu wählte ich, einmal das omnivore Schwein und zwar die weisse Yorkshirerace, dann aber den Affen, von denen mir bisher 4 Exemplare der Hamadriasrace gute Dienste leisteten.

Indem ich auf die detaillirte Wiedergabe der Versuchsprotocolle verweise, sei hier nur summarisch das Wichtigste derselben extrahirt.

Bei einem jungen Schwein zeigte sich etwa 3 Wochen nach der subcutanen Einbringung einer Bouilloncultur ein ausgebreitetes multiformes Exanthem (Erytheme. Papeln und Pusteln) besonders an den Beugeseiten der Extremitäten und am Leib. Ferner fanden sich Papeln der Maulschleimhaut und eine sehr merkwürdige ausserordentlich langwierige, harte Infiltration des oberen Rüsselrandes in Gestalt einer dicken, pergamentartigen Schwarte, die mit der Zeit eine hellgelblichbraune Pigmentablaherung enthielt und allmählich abblasste.

Bei den Affen wurden nun folgende Erscheinungen gezeitigt:

Affe 1 erhielt bei gleichfalls subcutaner Application der Reincultur nach einer Induration der Impfstelle am Ende der 3. Woche ein maculo-pustulöses, sehr ausgebreitetes Exanthem mit erheblicher polyganglionärer und indolenter Leistendrüsenschwellung. Am Mons Veneris, den Augenbrauen, am Occiput, am Schwanz, den Extremitäten und anderwärts kam es zu sehr characteristischen, protrahirt verlaufenden und schliesslich theils resorptiv, theils desquamativ unter Krusten- und Pigmentbildung spontan verheilenden Hauteruptionen, während einige derselben zuvor, so am Occiput, Schwanz und auch sonst sich anfangs exulcerativ vertieften, eine serös glänzende Geschwürsfläche ohne sichtbare Eitersecretion zeigten, um endlich unter strahliger Narbenbildung in Heilung überzugehen. An der Lippenschleimhaut fand sich auch hier eine papulöse Erosion. Nirgends fand eine nennenswerthe entzündliche Reaction statt, das Exanthem verursachte keinen Juckreiz. Gestörtes Allgemeinbefinden; kein Fieber. — Mit beginnender Verheilung der Ulcera: linksseitige Hemiplegie; nach 3 Tagen exitus. Sectionsbefund: Fettleber, grosse weisse Nieren, Periarteriitis Aortae, 2 ischämische Heerde im rechten Hirnschenkel und oberen Ponstheil.

Affe 2: Epidermoidale Application einer Agarcultur in eine der obersten Epithelschichten beraubte Hautstelle. Etwa 4 Wochen nach fast reactionslos verlaufender Heilung des Hautdefects, ohne andere Secundärerscheinungen der Zwischenzeit, als sehr struppigen Haaren, exitus unter comatösen Symptomen eines cerebralen Processes. — Sectionsbefund: Leber, Nieren und Arterien genau wie beim ersten Affen. An 5 Stellen der Lippen- und Zungenschleimhaut (untere Zungenseite) typische Schleimhauterosionen mit glänzendem Grund ohne jegliche marginale Reaction. — Diffuse cerebrale und spinale Leptomeningitis und beginnende Pachymeningitis. Die Arachnoidea ist in sulziges, schleimiges Coagulum verwandelt. — Thrombosirende Endocarditis: Milz vergrössert; desgl. die Lymphdrüsen an Kieferrand und Hals.

Affe 3 erhielt die gleiche Cultur subcutan dsgl. submucös am Präputium. Darauf entstand eine langsam resorbirte Induration der Haut und eine 8 Tage bestehende Phimose mit eitriger Pustel der praeputialen Mucosa und kirschkerngrosser Sclerose um dieselbe. Die Pustel ging nicht auf, sondern wurde langsam resorbirt. — 4 Wochen darauf makulöses Exanthem am Schwanz mit packetförmiger indolenter Leistendrüsenschwellung.

Affe 4 wurde in gleicher Weise geimpft wie Affe 3 und darauf trat Induration mit schmalem entzündlichem Rand der Hautimpfstelle ein, während das Präputium nach ziemlich erheblichem Oedem einige Tage infiltrirt war. — Nach 14 Tagen Parese des rechten Armes, Augenachsendivergenz, allmählich bis zur völligen Erblindung zunehmende Amaurose. Schliesslich, in der 4. Woche etwa, erst Parese, dann totale Paraplegie beider unteren Extremitäten, nachdem hier, wie bezüglich des Sehvermögens Relaxationen mit Exacerbationen gewechselt hatten. In der 4. Woche: typisches, papulo-pustulöses Exanthem am Mons Veneris mit sehr erheblicher, polyganglionärer, indolenter Schwellung der Leistendrüsen. — Nach 5wöchentlicher Behandlung mit Einspritzungen mit Hg. salicyl. (wöchentlich 1 Injection à 0,05 Hg. salicyl.) fast vollkommene Heilung der allmählich, aber zusehends von Mal zu Mal sich bessernden Symptome. Nach 6 Wochen plötzlich exitus, nachdem das Thier einen Tag lang sich gleichsam im Drehschwindel wiederholt im Kreise herumgedreht und dabei mit beiden Händen nach dem Kopfe gegriffen hatte. Sectionsbefund: Typische miliare Gummata der Schwanzhaut; sehr zahlreiche Petechien der Haut und an den Eingeweiden. Ebensolche an der Schleimhaut des Mundes, hier ausserdem zahlreiche warzige Excrescenzen. Lymphadenitis universalis, bes. im Mesenterium von nie gesehener Ausbreitung; hämorrhagische Knötchen der Lungen; Pachymeningitis cerebralis; ausgebreitete hämorrhagische Zerstörung der Intumescentia lumbalis des Rückenmarks. Coagulirtes intramusculäres Blutextravasat am linken Oberschenkel, der Stelle der letzten Injection, eine Woche vor dem exitus. Eine culturelle Reproduction des Contagiums gelang bis jetzt in keinem der Fälle.

Um kurz die Argumente zu resumieren, welche dazu berechtigen können, das Contagium als den Syphilis-



bacillus anzusehen, so wurden bei 3 Meerschweinchen, einem Schwein und 4 Affen mit der Reincultur erzeugt:

1) Klinisch: Primäraffecte, nach mehrwöchentlicher Incubation multiforme Exantheme am Integument sowie Schleimhautaffectionen mit gleichzeitiger polyganglionärer, indolenter Drüsenschwellung. Nach weiterem Intervall, in einem Fall allerdings gleichzeitig, in einem zweiten sogar vor den Hauterscheinungen für die Syphilis beim Menschen characteristische Erkrankungen des Centralnervensystems (Hemiplegie, Amaurose, Paraplegie).

2) Pathologisch-anatomisch nach dem exitus in 2 Fällen beim Affen, hier Fettleber, beginnende Nephritis, Arteriitis und Ischämie, — dort wiederum Fettleber, Arteriitis und Nephritis, dazu Endocarditis und diffuse Leptomeningitis. Schliesslich Lymphadenitis universalis, Gummata der Haut, Pachymeningitis und multiple Hämorrhagie des Rückenmarks.

In zweiter Reihe kommen als weitere Kriterien eventuell in Betracht: 1) der unter gewissen Verhältnissen positive Ausfall der Lustgarten'schen Tinctionsmethode, 2) die auffallende agglutinative Wirkung des specifischen Serums auf die Bacillen.

Meine Herren! Ich fühle mich mit Ihnen in der Ueberzeugung einig, dass der endlichen Lösung der Frage nach der Syphilisaetiologie, die gleich wichtig in wissenschaftlicher, wie culturhistorischer Richtung gelten darf, allerseits grössere Aufmerksamkeit zugewandt werden muss.

Hiermit danke ich Ihnen für die mir geschenkte Aufmerksamkeit.

M. H.! Da ich es mir versagen musste, im Hinblick auf die bevorstehende grössere Publication, Ihnen hier bacteriologische Details zu geben, bitte ich Sie die dort aufgestellten mikroskopischen Präparate, sowie die Culturen, Photogramme und pathologisch-anatomischen Objecte anzusehen, die ich Ihnen hier herumreiche. (Folgt Demonstration.)

Zehnter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wolmar vom 20—22. August 1898.

I. Sitzung.

Donnerstag den 20. August 1898 4 Uhr nachmittags.

1. Der stellvertretende Kreisarzt Stadtarzt Dr. med. G. Apping eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Versammlung im Namen der Stadt Wolmar und der Wolmar'schen Collegen.

2. Der Praeses Dr. med. Truhart stattet den Rechenschaftsbericht des Vorstandes ab.

Hochgeehrte Versammlung! In altlivländischer Gastfreundschaft hat die Stadt Wolmar nunmehr zum dritten Mal ihre Thore geöffnet, um Livland's Aerzten einen gastlichen Empfang in ihren Mauern zu bereiten. Es ist mir eine angenehme Pflicht im Namen unserer Aerztegesellschaft von dieser Stelle aus dem Haupte dieser Stadt, als dem Repräsentanten ihrer Bewohner, und unseren Herrn Collegen in Wolmar den uns gebotenen Willkommengruss in gleich warmer Weise mit herzlichem Dank zu erwidern.

Die Stätte, die uns heute wiederum so gastlich bereitet, sie besitzt ja auch für die Gesellschaft livländischer Aerzte historischen Boden und in Manchem unter uns wird heute in leuchtendem Bilde die Erinnerung an die hierselbst vor einem Decennium stattgehabte feierliche und weihevolle Eröffnung unserer Gesellschaft wieder wach. Aus wolkenlosem Himmel schaute damals trotz des Spätherbstes — es war am 2. October des Jahres 1889 — eine mehr als frühlingswarme Sonne auf uns und unseren ersten Aerztetag herab. So manchen sonnigen Tag hat unser Aerzteverein seitdem erlebt, aber auch an trüben, den Himmel verschleiernden Wolken hat es nicht gefehlt. Wem wäre die Erinnerung entschwunden, wie sobald nach jenen frohen Tagen der Gründung unserer Gesellschaft die erschütternde Kunde durchs Land eilte von dem so unerwartet plötzlichen Dahinscheiden des Mannes, den wir mit Recht als den intellectuellen Urheber der Idee eines baltischen Aerztetags bezeichnen, des Mannes, der in so herzgewinnender Weise es verstanden hatte, in den wissenschaftlichen Sitzungen sowohl, wie beim Pokal auf dem ersten Livländischen Arztetage die Begeisterung für die Solidarität der beruflichen, wie der Standesinteressen in uns Aerzten wachzurufen! — Auch so mancher andere liebe und theuere College hat seitdem denselben, unbekannten Weg beschreiten müssen, den Professor Eduard von Wahl vorausgegangen war: wie im verflossenen Jahre Dr. Robert Koch, kaum eine Woche nach dem letzten Aerztetag zu Pernau und in allerjüngster Zeit Dr. Andreas Braschnewitz-Smilten, gleichfalls ein eifriges Mitglied unserer Gesellschaft. Ich fordere Sie auf, meine Herren, das Andenken an unsere dahingeschiedenen Collegen zu ehren, indem Sie sich von Ihren Plätzen erheben. (Es geschieht) — Friede ihrer Asche.! —

Ein Decennium ist abgelaufen seit Gründung unseres Verband's! Haben wir erreicht, was wir damals gehofft und seither erstrebt? Offen müsser wir bei rückschauendem Blick gestehen: die äusserlich sichtbaren Erfolge, sie blieben weit zurück hinter dem, was wir gewollt. Aber nur, wer mit den Eigenthümlichkeiten des Landes — und den Zeitverhältnissen, in denen wir leben, nicht vertraut ist, kann solches unserem in seiner Mitgliedschaft so wenig stabilen, auf Wanderärztetagen nur ein Mal im Jahr in Activität tretenden jungen Vereine zur Last legen. Dass es uns Aerzten im Laufe der verflossenen Zeit des ersten Decenniums wenigstens an heissem Bemühen, an Fleiss und Energie nicht gefehlt, das meine ich, wird selbst ein Feind uns lassen.

Immerhin hat der Vorstand in Ihrem Geiste, meine Herrn Collegen, zu handeln geglaubt, wenn er die 10-jährige Wiederkehr der Gründung unserer Gesellschaft nicht mit prunkvollem Feste feiert. Unser Schmuck und unsere Ehre ist die Arbeit! Hierfür legt beredtes Zeugniss das nach Inhalt und Umfang gleich reiche Programm des heutigen Arztetags ab, hierfür liefern den Beweis die Tage der Vergangenheit. In kurzen Zügen sei mir der Versuch gestattet, die Geschichte letzterer an der Hand einzelner statistischer Daten, die, wie ich hoffe, des Interesses nicht entbehren, im Bilde vor Ihrem geistigen Auge aufzurollen.

Am 27. und 28. November 1888 tagte in der Kreisstadt Fellin eine zum Zwecke der Gründung der «Gesellschaft livländischer Aerzte» zusammenberufene Versammlung, an welcher sich 17 dem Lande und den kleinen Städten angehörige, praktische Aerzte betheiligten. Bei auch sonst überaus animirtem Verlaufe kamen auf diesem eigentlich ersten livländischen Arztetag 14 wissenschaftliche Vorträge, an welche sich eine lebhafte Discussion knüpfte, zur Verhandlung. Die Idee der Gründung solcher Aerztetage fand begeisterten Widerhall.

Am 6. Juli 1889 fanden die zu Anfang desselben Jahres eingereichten Statuten die hohe ministerielle Bestätigung und schon am 2. October 1889 fand hier in Wolmar die feierliche, officielle durch den damaligen Herrn Medicinalinspector Dr. Hess vollzogene Eröffnung unserer Gesellschaft statt.

Die bisher 2 Mal in Wolmar, 4 Mal in Wenden und je 1 Mal in Walk, Dorpat und Pernau stattgehabten 9 Aerztetage wurden durchschnittlich von 86 (Minimum 47, Maximum 136) Aerzten besucht und haben sich insgesammt 95 Arzte mit Vorträgen an denselben betheiligt. Von den programmässig für die Aerztetage angekündigten 228. Vorträgen, wurden thatsächlich nur 207 gehalten: 21 Aerzte waren im letzten Augenblicke durch Berufspflichten am Erscheinen gehindert gewesen, 5 andere Aerzte traten vicarireud für 5 ein. Ein Vortrag wurde auf dem V. Aerztetage zurückgezogen und auf dem vorigen IX. Aerztetage kamen 4 angekündigte Vorträge leider nicht zu Gehör, da unvorhergesehenerweise die Debatten über die Tuberculose und über die wichtige Frage des Hebammenwesens in Livland so unverhältnissmässig viel Zeit in Anspruch genommen hatten, dass zum ersten Mal im Laufe der Jahre von einer vollen Durchführung des angekündigten Programmes wegen Mangel's an hier zu Gebote stehender Zeit Abstand genommen werden musste.

A. Statistische Uebersicht über die Zahl der Vortragenden nach dem Wohnsitz der letzteren geordnet:

Livland

Wohnort der Aerzte	Anzahl der vortrag. Aerzte		Anzahl der gehaltenen Vorträge	
1) Dorpat. . .	6 Professore + 20 Vortr.	28	78	179
	4 Docenten + 18 »			
	18 pract. Aerzte + 40 »			
2) Riga . . .		37	71	
3) kleine Städte	8 pract. Aerzte + 18 Vortr.	15	30	
Kirchspiele	7 Landärzte + 12 »			

Ausserhalb Livlands

Kurland	5 mit 7 Vorträgen	15	28
Estland	1 » 3 »		
Petersburg	8 » 16 »		
Deutschland	1 » 2 »		
	In Summa . . . . Aerzte 95		Vortr. 207

B. Gruppirung der Vorträge nach dem Inhalt:

1	Physiologische Chemie, pathologische Anatomie, Bacteriologie	11	Vortr.
2	Innere Medicin	31	»
3	Chirurgie u. Hautkrankheiten (Lues, Lepra etc.)	56	»
4	Geburtshülfe und Puerperalerkrankungen	13	»
5	Gynäkologie und Kinderkrankheiten	18	»
6	Psychiatrie und Nervenkrankheiten	18	»
7	Ophthalmologie	21	»
8	Otiatrie; Kehlkopf- Nasen- und Rachenkrankheiten	11	»
9	Gerichtliche Medicin	5	»
10	Hygiene und öffentliches Sanitätswesen	23	»
	In Summa:	207	Vortr.

Meine Herren! Was nun die Thätigkeit des Vorstandes im Laufe des letzten Jahres anbelangt, so lag demselben, abgesehen von den ihn alljährlich beschäftigenden Aufgaben die Pflicht ob, eine Reihe von der Versammlung auf dem IX. Aerztetage zu Pernau gefasster Beschlüsse zur Ausführung zu bringen. Sie gestatten mir, Ihnen hierüber in Kürze zu berichten.

Zunächst war der Vorstand beauftragt worden, im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte der Ritterschaft Kurlands und Livlands, sowie der Stadtverwaltung Rigas für das wohlwollende und munificiente Entgegenkommen der betreffenden Standschaften in Sachen der Frage der Irrenfürsorge den verbindlichsten Dank abzustatten. Der Vorstand hat es sich zur Ehre angerechnet, diesem Auftrage Erfüllung zu geben. Die Stadtverwaltung Rigas hatte auf das Gesuch der Commission in Sachen der Ausbildung eines für die Privatpraxis geeigneten Wartepersonals in folgendem Schreiben an den Präses der Commission Dr. Behr geantwortet:

Riga, den 9. Juli 1897.
Nr. 2868.

«In Erwiderung auf die Eingabe Ew. Hochwohlgeboren betreffend die kostenfreie Ausbildung von Wärtern und Wärterinnen in der Irrenanstalt Rothenberg, beehrt sich das Rigasche Stadtamt Ihnen mitzutheilen, dass es die Ausbildung eines Wartepersonals speciell für die Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung kostenfrei in der Anstalt Rothenberg unter nachstehenden Bedingungen gestattet:

1) Die von der Gesellschaft livländischer Aerzte in die Anstalt Rothenberg zum Zweck der Ausbildung dirigirten Wärter und Wärterinnen müssen sich schriftlich verpflichten, dass sie in der Anstalt sechs Monate verbleiben und während der ganzen Zeit ihres Aufenthalts daselbst alle Anordnungen der Aerzte und alle Regeln der Anstalt, wie es vom etatmässigen Personal verlangt wird, erfüllen werden.

2) Falls ein Wärter oder eine Wärterin aus der Zahl der Volontaire die Anordnungen des Directors oder der Aerzte oder die Regeln der Anstalt nicht erfüllt, so hat sich der Director der Anstalt Rothenberg wegen der Entfernung desselben aus der Anstalt mit dem Vertreter der Gesellschaft livländischer Aerzte (zur Zeit Dr. Behr) in Relation zu setzen. In dringenden Fällen kann der Director den Volontär sofort entlassen, hat aber davon den Vertreter der genannten Gesellschaft in Kenntniss zu setzen.

3) Die Maximalzahl des auszubildenden Wärterpersonals beträgt 5 Personen.

4) Die Stadtverwaltung behält sich das Recht vor, die von ihr gestattete Einrichtung zur Ausbildung vom Wärterpersonal in der Anstalt Rothenberg zu jeder Zeit aufzuheben.»

Im Auftrag des IX. livl. Aerztetages hatte sich der Vorstand in folgendem Schreiben an das Livländische Landrathscollegium gewandt: «Der Vorstand der Gesellschaft Livl. Aerzte beehrt sich dem Adelsconvent der Livl. Ritterschaft auf das Schreiben vom 23. December 1896 folgendes zu erwidern:

Nach eingehender Berathung und Ueberlegung hat die Gesellschaft Livl. Aerzte auf ihrer Versammlung vom 5. Juni dieses Jahres beschlossen, die Ausbildung eines Pflegepersonals für die häusliche Behandlung Geisteskranker einstweilen nur für den lettisch sprechenden Theil Livlands und für die Nachbarprovinz Kurland in Angriff zu nehmen.

Da die häusliche Behandlung Geisteskranker, welche «acut» befallen sind, in dem von der Gesellschaft Livl. Aerzte vorgezeichneten Rahmen etwas Neues ist und in anderen Ländern über diese Art der familiären Pflege keinerlei Berichte vorliegen, so glaubt die Gesellschaft Livl. Aerzte, bevor sie ihre Thätigkeit auch auf den estnisch sprechenden Theil Livlands ausdehnt, noch weitere Erfahrungen nach dieser Richtung hin sammeln zu müssen. Was die Aufsicht und die Organisation des ausgebildeten und in die Praxis entlassenen Wartepersonals betrifft, so beabsichtigt die Gesellschaft Livl. Aerzte nach Analogie der Diaconie und der freien Gemeindepflege ihre Instructionen auszuarbeiten. Der Arzt, in dessen Gemeinde eine Person plötzlich geistig erkrankt und deren Aufnahme in den Collegien der allgemeinen Fürsorge abgelehnt wird, soll sich an die Anstalt Rothenberg bei Riga gewissermassen als Mutterhaus wenden und von dort aus eine für die Zwecke der häuslichen Behandlung Geisteskranker ausgebildete Pflegerin resp. einen Pfleger erhalten. Als Pfleger und Pflegerinnen sollen nur solche Personen zugelassen werden, welche sich vorher durch ein Reversale verpflichten, den Dienst in allen Stücken zu leisten. Während der Dauer der Behandlung ist das Pflegepersonal der Aufsicht und Disciplin des behandelnden Arztes unterstellt. Die Gesellschaft Livl. Aerzte hat die Frage der Organisation des Wartepersonals und was damit zusammenhängt, noch nicht im Einzelnen ausgearbeitet, sondern beabsichtigt nach und nach an der Hand der practischen Erfahrung alle einschlägigen Puncte zu erledigen. Die Gesellschaft wird nicht ermangeln die Livl. Ritterschaft über das Resultat ihrer Arbeiten weiterhin in Kenntniss zu setzen.

Da alle Beschlüsse der allgemeinen Versammlung der Livl. Aerzte zuvor der Bestätigung der Medicinalverwaltung unterliegen, so ist auch diese Behörde von allen diesbezüglichen Schritten in Kenntniss gesetzt worden. Die Gesellschaft Livl. Aerzte ist überzeugt, dass von dieser Seite ihren Bestrebungen kein Hinderniss entgegensteht. Bezugnehmend auf die Petition vom December vorigen Jahres, erlaubt sich die Gesellschaft Livl. Aerzte den Adelsconvent davon in Kenntniss zu setzen, dass die Verhandlungen mit der Stadt Riga abgeschlossen sind.

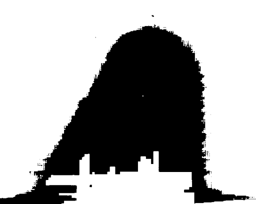
Die Stadtverwaltung gestattet, ein Pflegepersonal in der gewünschten Zahl in der Anstalt Rothenberg kostenfrei auszubilden.

Ferner erlaubt sich die Gesellschaft Livl. Aerzte darauf hinzuweisen, dass der Kurländische Landtag vom November vorigen Jahres beschlossen hat, für die Ausbildung von «Irren-Pflege-Kräften» der Gesellschaft Livl. Aerzte 200 Rbl. jährlich zur Verfügung zu stellen.

Die Gesellschaft Livl. Aerzte dankt dem Adelsconvent für das Entgegenkommen in der Frage der Ausbildung von Pflegekräften für die häusliche Behandlung Geisteskranker und hofft, dass ihr gelingen werde, unter Beihilfe der Ritterschaften Livlands und Kurlands und durch die Unterstützung der Stadt Riga, die Irrenfrage, wenigstens soweit die acuten Geisteskrankheiten in Frage kommen, einigermassen befriedigend zu ordnen».

Wie Ihnen, meine Herren, aus dem Protocoll des vorigjährigen Aerztetages bekannt ist, hatte die Kurländische Ritter- und Landschaft das im Namen des Livl. Aerztetages durch den Herrn Secretär Dr. med. Behr eingereichte Gesuch, die vom Livl. Aerztetage in Aussicht genommene Ausbildung von Irren-Pflegekräften materiell zu unterstützen in munificenter Weise bewilligt und laut an den Herrn Dr. med. Behr in Riga gerichtetem Schreiben des Kurländischen Ritterschafts-Comités vom 8. April 1897 Nr. 245 für den genannten Zweck einen alljährlichen Beitrag von 200 Rbl., gerechnet vom 1. Dec. 1896 ab, zugesagt. Der im März dieses Jahres versammelt gewesene Landtag der Livländischen Ritter- und Landschaft hat in Anlass des in derselben Angelegenheit an den Livländischen Adelsconvent gerichteten Gesuches vom 4. Dec. 1896 und vom October 1897 gleichfalls eine alljährliche Unterstützung im Betrage von 400 Rbl. und eine einmalige Unterstützung von 50 Rbl. aus der Landescasse zur Verfügung zu stellen beschlossen, wie aus folgendem an den Vorstand der Gesellschaft Livl. Aerzte gerichteten Schreiben des Livl. Landraths-Collegium vom 20. April 1898 sub Nr. 2647 hervorgeht.

«Das Livländische Landraths Collegium hat dem Vorstande der Gesellschaft Livländischer Aerzte mitzutheilen die Ehre, dass der letzthin versammelt gewesene Landtag anlässlich der Schreiben vom 4. Dec. 1896 und vom October 1897 der Gesellschaft Livländischer Aerzte zum Zwecke der Ausbildung eines Wartepersonals für die Hauspflege von Geisteskranken die Summe von 400 Rbl. jährlich für die Zeit bis zum nächsten ordentlichen Landtage, sowie einmalig die Summe von 50 Rbl. zur Drucklegung eines Lehrbuchs und einer kurzen Anweisung in Betreff der Hauspflege aus der Landescasse zur Verfügung zu stellen beschlossen hat. Da diese Zahlungen von der Gouvernements-Verwaltung bestätigt werden müssen, so ist der Gouvernements-Verwaltung deshalb vom Landraths-Collegium Vorstellung gemacht worden. Zur Erfüllung des von dem Landtage in dieser Angelegenheit ferner gefassten Beschlusses beehrt sich das Landraths-Collegium den Vorstand der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu ersuchen, diesem Landraths-Collegium über das Resultat seiner



Bemühungen in der vorliegenden Angelegenheit sowie seiner Zeit über die gesammelten Erfahrungen Mittheilung zu machen, damit dem im nächsten Jahre bevorstehenden ordentlichen Landtage hierüber berichtet werden könne.

Im Namen der Livländischen Ritterschaft:
gez. Residirender Landrath: Baron Tiesenhausen.
Ritterschafts-Secretär: Bruiningk.

Diese von Seiten der Livländischen Ritter- und Landesschaft zur Disposition gestellten Geldmittel haben bis hierzu noch nicht realisirt werden können, da die aus der Landescasse gemachten Willigungen bekanntermassen erst der Bestätigung Sr. Excellenz des Herrn Livländischen Gouverneuren unterliegen, eine solche aber bis dato noch nicht vorliegt. Die Livländische Gouvernements-Regierung hatte sich zunächst an die Medicinal-Abtheilung und letztere sich an mich, als den Vertreter des Livländischen Aerztetages unter dem Schreiben vom 12. Mai und 9. Juni a. c. mit der Bitte gewandt, ihr ein ausführliches Gutachten zu unterbreiten über die Beweggründe, welche den Aerztetag veranlasst haben, an die Livländische Ritterschaft das Gesuch zu richten, aus der Landescasse Geldmittel zur Ausbildung eines Wartepersonals für die Hauspflege von Geisteskranken zu bewilligen. In einer sehr ausführlichen Arbeit bin ich bestrebt gewesen diesem Wunsche nachzukommen, indem ich in Grundlage der vielfachen im Laufe der verflossenen 10 Jahre in unseren Versammlungen gepflogenen Verhandlungen den schreienden Nothstand bezüglich der Irrenfürsorge in Livland beleuchtete, in Kürze die namentlichsten Momente aus den auf dem ersten Aerztetage von Herrn Dr. Mercklin und Herrn Dr. H. Dehio diesbezüglich gehaltenen instructiven Vorträgen hervorhob und zum Schluss in eingehender Schilderung bei kurzer Recapitulation des interessanten und lehrreichen Vortrages des Herrn Dr. Behr über die häusliche ausserklinische Behandlung acuter Geisteskranken alle die Momente darlegte, welche es dringend wünschenswerth erscheinen lassen, in Livland, wo es in Folge des Mangels an Irrenanstalten an der Möglichkeit gebricht, die aussergewöhnlich zahlreichen Geisteskranken in geschlossenen Krankenräumen unterzubringen, die Ausbildung wenigstens eines geeigneten Wartepersonals anzustreben, welches den Aerzten in den kleinen Städten und auf dem Lande bei der sonst garnicht durchführbaren häuslichen Pflege der Geisteskranken hilfreich zur Seite stehen könnte. — Diese Arbeit, von der eine Copie unserem Archiv einverleibt werden wird, habe ich am 21. Juni dieses Jahres der Medicinal-Abtheilung unterbreitet. Wenngleich die officielle Bestätigung der Gouvernements-Regierung bezüglich der aus der Landescasse von dem Landtag gemachten Bewilligung bisher noch aussteht, so dürfen wir dort, wie ich privatim erfahren habe, mit Zuversicht auf eine in Kurzem erfolgende günstige Entscheidung in dieser Angelegenheit rechnen.

Unter den gegebenen Umständen hat die von uns gewählte aus den Herren Dr. Behr, Dr. Katterfeld und Dr. Meyer bestehende Commission, welche die einleitenden Schritte in Sachen der Ausbildung des Wartepersonals ergreifen wollten, sich natürlich nicht in der Lage gesehen, der Ausführung des in Aussicht genommenen Planes näher zu treten. Herr Dr. Behr, der Präses jener Commission, ist leider durch dringende häusliche Verhältnisse gezwungen gewesen, unserem Aerztetage fernzubleiben; da aber Herr College Katterfeld hier anwesend ist, so ersuche ich ihn, uns Mittheilung darüber machen zu wollen, ob die Commission vielleicht in irgend welcher anderen Richtung in dieser Sache getagt oder thätig gewesen ist?

Herr Katterfeld: «Bevor die obrigkeitliche Bestätigung eingetroffen ist, können wir jetzt keinen Schritt weiter thun und mit der practischen Arbeit nicht beginnen».

Fernerhin wurde dem Vorstand von Seiten des vorigen Aerztetages der Auftrag zu Theil in Sachen des Hebammenwesens in Livland an die Landesrepräsentation zu gehen mit der Bitte, eine Hebammenschule ins Leben zu rufen. Es wurde dem livländischen Landtag das folgende Schriftstück vorgelegt.

Antrag des Präsidenten des Livländischen Aerztetages wegen Ausbildung von Hebammen.

An
Ein Hochwohlgeborenes Livländisches
Landraths-Collegium.

Der Nothstand des Hebammenwesens auf dem Lande ist schon vor einer Reihe von Jahren von Seiten der Livländischen Ritter- und Landschaft als solcher anerkannt worden. In gebührender Würdigung der Wichtigkeit dieses Zweiges des Sanitätswesens hatte der Landtag im Jahre 1893 gelegentlich der Berathung über die für Livland ins Auge gefasste Sanitätsreform den Beschluss gefasst, in jedem Kirchspiele eine geschulte Hebamme, welche unter Controle des Kirchspielsarztes in Geburtsfällen der Landbevölkerung hilfreich zur Seite stehen sollte, anzustellen.

Die practische Ausführung dieses Beschlusses ist gegenwärtig rein illusorisch geworden: das estnisch sprechende Nordlivland besitzt, seitdem die Jurjewer Universität mit Einführung der russischen Unterrichtssprache zu Hebammen nur Schülerinnen, die des Russischen mächtig sein müssen, erzieht, überhaupt kein Hebammeninstitut mehr, und die für den südlivländischen Theil der Bevölkerung aus der «Torklusschen Stiftung zu Riga» hervorgehenden Landhebammen entsprechen, nach dem Urtheile sachverständiger Specialärzte, weder der Zahl noch der Qualification nach selbst nur den denkbar bescheidensten Anforderungen, welche an die Vertreterinnen dieses verantwortlichen Berufes zu stellen sind.

Aber nicht allein auf dem Lande, auch in den Städten unserer Provinz macht sich der Mangel brauchbarer, systematisch geschulter Hebammen von Jahr zu Jahr immer mehr bemerkbar. Aus den statistischen Daten einer zu diesem Zweck angestellten Enquête ergiebt sich, dass im Laufe der letzten 5 Jahre sich nicht eine einzige Hebamme von Jurjew aus in Livland, weder auf dem Lande, noch in den kleinen Städten, niedergelassen hat, da die auf unserer gegenwärtigen Landesuniversität ausgebildeten Schülerinnen, zufolge der russischen Unterrichtssprache meist nur dem Innern des Reiches entstammend, behufs Ausübung ihres Berufes als Hebammen nahezu ausnahmslos ihre frühere Heimath wieder aufzusuchen pflegen.

Bei dieser Sachlage lässt sich unschwer voraussehen, dass der Hebammenstand in Livland, wenn nicht rechtzeitig und energisch für einen Ersatz Sorge getragen wird, allmählich gänzlich aussterben muss und wir Zeiten entgegengehen, in denen die Mortalitätsziffer der Wöchnerinnen, welche bei den durchaus ungünstigen sanitären Verhältnissen bei uns zu Lande im Vergleich zum westlichen Europa schon jetzt einen 4fach stärkeren Procentsatz aufweist, eine Höhe erreicht, die dem Wohlstande und der Culturstufe Livlands geradezu Hohn spricht.

Seit vielen Jahren hat die Reformbedürftigkeit des Sanitätswesens auf dem Lande die Aufmerksamkeit und die Arbeit des Livländischen Aerztevereins in Anspruch genommen. Mit Bedauern hat derselbe constatiren müssen, dass Livland in sanitärer Beziehung nicht nur hinter unserer Nachbarprovinz Kurland, sondern auch hinter vielen Semstwogouvernements des grossen Reiches weit zurücksteht. In seinen Plenarversammlungen sowohl, als auch in ad hoc gewählten Specialcommissionen ist der Livländische Aerztetag bestrebt gewesen, Mittel und Wege ausfindig zu machen, welche geeignet erscheinen, eine Reform unseres Sanitäts- und Medicinalwesens herbeizuführen, um wenigstens die am grellsten hervortretenden Missstände, aus denen dem Gesundheitswohle der Bevölkerung Gefahren erwachsen, zu beseitigen.

Zu wiederholten Malen hat im Laufe der Jahre die Gesellschaft Livländischer Aerzte es für ihre Pflicht erachtet, an den Landtag der livländischen Ritter- und Landschaft mit auf das Sorgfältigste geprüften und bis ins Detail ausgearbeiteten Reformplänen heranzutreten; es sei hier an die Frage der Irrenfürsorge, an die Einführung eines geordneten Hospitalwesens auf dem Lande, an die Anstellung von Kirchspielsärzten und Landhebammen, an die Reorganisation des Hebammenstandes, an den Kampf mit der Lues erinnert. In allen diesen Fragen ist von Seiten der Landesvertretung die Nothstandslage ausnahmslos voll anerkannt worden; trotz alledem aber sind die von dem Livländischen Aerzteverein an den Landtag gerichteten diesbezüglichen Gesuche durchweg abschlägig beschieden worden oder aber mindestens, wie z. B. die Anstellung von Kirchspielsärzten und Landhebammen, ohne jedweden practischen Erfolg geblieben, und zwar aus Gründen, die vor Allem darin wurzeln, dass es inopportun erscheint, tiefgreifende Reformen in Livland vorzunehmen, so lange die Prästandenfrage noch nicht ihre definitive Regelung erfahren.

Der Livländische Aerzteverein weiss das Schwergewicht dieser zur Zeit jeglicher Reform hemmend im Wege stehender Gründe voll und ganz zu würdigen. Trotz dieser Erkenntniss aber, sowie trotz der Erfahrung, dass dem schon ein Mal der Landesvertretung unterbreiteten Gesuche, eine Reorganisation des Hebammenwesens herbeizuführen, vor erst 4 Jahren nicht hat Folge gegeben werden können, hat die Plenarversammlung der Livländischen Aerzte auf dem diesjährigen IX. Aerztetage zu Pernau — einmüthig von der Ueberzeugung durchdrungen, dass durch Nichtberücksichtigung dieses Zweiges des Sanitätswesens dem Gesundheitswohl der gesammten Landesbevölkerung Livlands schon in der Gegenwart, erst recht aber in der Zukunft die schwersten Gefahren erwachsen — in einstimmigem Beschluss ihren Vorstand beauftragt, einen nochmaligen Appell in dieser dringenden und zugleich drängenden Angelegenheit an die Landespräsentation in ihrem Namen zu richten, mit der Bitte, dem demnächst zusammentretenden Landtage der Livländischen Ritter- und Landschaft folgendes Gesuch zu unterbreiten:

Der Livländische Landtag wolle die schweren Gefahren, welche dem Gesundheitswohl der Landesbevölkerung aus dem Mangel an systematisch ausgebildeten Hebammen drohen, für die Zukunft abwenden, indem er aus Mitteln der Landescasse eine Hebammenschule ins Leben rufe.

Ohne nach irgend einer Richtung den Erwägungen oder etwaigen diesbezüglichen Beschlüssen der Ritterschaft vorgreifen zu wollen, glaubt der Aerztetag seine auf vielfache gemeinsame Berathungen und Commissionsarbeiten gestützte Ansicht dahin aussprechen zu müssen, dass die geplante Hebammenschule in engster Wechselbeziehung mit einem Gebärasyl stehen und daher in einem grösseren Centrum, welches Aussicht für eine stärkere Geburtsfrequenz böte, gegründet und aus naheliegenden Gründen als Landhebammeninstitut ins Leben gerufen werden müsste, in welchem den der lettischen wie der estnischen Bevölkerung entstammenden Schülerinnen in lettischer und estnischer Sprache der Unterricht zu ertheilen wäre.

Einem Hochwohlgeborenen Adelsconvent beehrt sich der Livländische Aerztetag zur näheren Begründung des gekennzeichneten Nothstandes ein in seinem Auftrage von einer Commission, bestehend aus den Herren Prof. Dr. Kessler-Jurjew, Dr. von Knorre-Riga, Dr. J. Meyer-Jurjew, Dr. Christiani-Helmet, Dr. Katterfeld-Kurland, verfasstes Exposé, wie fernerhin den Entwurf der Statuten des projectirten Landhebammeninstituts, wie endlich den Anschlag der Kosten, welche die einmalige Einrichtung und die jährliche Unterhaltung eines solchen Instituts beanspruchen würde, zur Einsichtnahme vorzustellen.

Jurjew (Dorpat), den 4. December 1897.

Im Namen und Auftrage des IX. Livländischen Aerztetages: derzeitiger Präses: Dr. H. Truhart.

(Fortsetzung folgt.)

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinal-Inspector Wirkl. Geheimrath Dr. Remmert hat sich ins Ausland begeben und wird für die Zeit seiner Abwesenheit in seinen amtlichen Functionen von seinem Gehilfen Geheimrath Dr. Belajew vertreten.

— Auf eigene Initiative des Medicinalraths werden demselben als beständige Mitglieder Vertreter der Ministerien des Aeusseren, der Justiz, der Landwirthschaft und der Wegecommunicationen zucommandirt, um dem Medicinalrath in Fragen, welche diese Ministerien betreffen, behilflich zu sein. Wie der «Wratsch» erfährt, sind gegenwärtig bereits zu solchen Mitgliedern des Medicinalraths ernannt: der Gehilfe des Oberinspectors der Chaussee- und Wasserwege Dr. E. A. Golowin, der Beamte für besondere Aufträge beim Ministerium des Aeussern M. G. Shdanow und das Mitglied des gelehrten Bergcomités Dr. L. Bertenson. Seitens des Ministeriums der Justiz ist die Ernennung eines Vertreters noch nicht erfolgt.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat beschlossen, das städtische Gebärasyl des Alexander-Newski-Stadttheils zum Andenken an den verstorbenen Leibaccoucheur Dr. Krassowski nach ihm zu benennen.

— Zum Oberarzt des neuerbauten 3. Moskauer Stadtkrankenhauses in Ssokolniki ist der Privatdocent an der Moskauer Universität Dr. W. N. Schnaubert ernannt worden.

— Der klinische Assistent an der chirurgischen Abtheilung des neuen Katherinenhospitals in Moskau, Dr. A. W. Martynow, hat sich als Privatdocent für chirurgische Diagnostik an der Moskauer Universität habilitirt.

— Ernannt: der Divisionsarzt, Staatsrath Dr. Konstantinowitsch — zum Corpsarzt des XI. Armeecorps; der Oberarzt des I. Cadettencorps in Moskau, Staatsrath Dr. E. T. Jakubow — zum Gehilfen des Medicinalinspectors des Moskauer Militärbezirks; der Oberarzt des Helsingforser örtlichen Mil.-Lazareths, Wirkl. Staatsrath Dr. Carl Gerich — zum Corpsarzt des XVI. Armeecorps; der Oberarzt des Ujasdow'schen Mil.-Hospitals in Warschau — zum Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks und der Consultant des Ujasdow'schen Mil.-Hospitals, Staatsrath Dr. Maximowitsch — zum Oberarzt des genannten Hospitals.

— Verabschiedet: der Gehilfe des Mil.-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks, Wirkl. Staatsrath Dr. Korniewski mit Uniform, auf eigenes Ersuchen.

— Verstorben: 1) Am 13. October in Riga der Mitau'sche freipracticirende Arzt Dr. Hugo Behr im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1851—55 sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1858 liess er sich als practischer Arzt in Mitau nieder. Viele Jahre fungirte er auch an der Canzlei des kurländischen Civilgouverneurs. — 2) In St. Petersburg am 14. October der ehemalige Professor der Desmurgie und Mechanurgie an der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Karpinski, im 66. Lebensjahre. Nachdem er 1858 die medico-chirurgische Academie mit Auszeichnung absolvirt hatte, wurde er behufs weiterer Vervollkommnung bei der Academie belassen. Im Jahre 1862 habilitirte er sich als Privatdocent an der genannten Academie und wurde im nächstfolgenden Jahre zum Adjunct-Professor und 1888 zum ausserordentlichen Professor ernannt. Der Verstorbene ist auch vielfach literarisch thätig gewesen: am Bekanntesten sind sein «Cursus der Verbandlehre» und seine «Behandlung der Krankheiten des Rectums und des Anus». — 3) Am 14. October zu Moskau der dortige practische Arzt Dr. Julius Wolff an Apoplexie. Die ärztliche Paxis übte er seit 1861 aus. — 4) In Moskau der freipracticirende Arzt Dr. Alex. Scheurlen im Alter von 62 Jahren. Der Verstorbene war ein wohlhabender Gutsbesitzer im Tambow'schen Gouvernement und beschäftigte sich neben seiner ärztlichen Praxis eifrig mit Musik und Theater, für welche er auch viel Geld geopfert hat. — 5) In Bonn der Docent der Physiologie an der dortigen Universität, Prof. Dr. Wilh. Kochs, bekannt durch werthvolle Arbeiten über die Physiologie der Nerven, der Athmung u. A., im Alter von 46 Jahren.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Stricker auf den Lehrstuhl für experimentelle Pathologie an der Wiener Universität ist Prof. Dr. Ph. Knoll in Prag ernannt worden.

— Der Tambowsche Stadtarzt N. A. Pokrowski hat dem Institut für Experimental-Medicin 5000 Rbl. vermacht, welche von diesem Institut als Preis für die Entdeckung eines sicheren Mittels gegen Erysipelas vergeben werden sollen.

— Der Gutsbesitzer Tokarewski hat der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte ein Landstück im Borowitsch'schen Kreise zur Errichtung eines Sanatoriums für Schwindsüchtige geschenkt.

— Wie stark die Morphiumsucht unter den Aerzten verbreitet ist, beweist die Notiz in der «Deutschen Medicinal-Ztg.», nach welcher unter den 62 männlichen Morphiumkranken, die im Jahre 1895 in den Krankenanstalten Preussens behandelt wurden, 30 Aerzte waren.

— Der diesjährige X. Congress russischer Naturforscher und Aerzte in Kiew zählte 1688 Mitglieder, von denen die überwiegende Mehrzahl (533) aus Kiew war. Nächstdem stellte St. Petersburg die grösste Zahl der Mitglieder (175), dann Moskau (90), Charkow (50) u. s. w. Aus Jurjew (Dorpat) waren 13 Mitglieder anwesend. (Russ. Wed. — Wr.)

— Der Congress polnischer Naturforscher und Aerzte, welcher, wie wir seiner Zeit mittheilten, in diesem Jahre in Posen tagen sollte, von der preussischen Regierung aber nicht gestattet wurde, soll nun, laut Beschlusses des Organisationscomités, in Krakau stattfinden, jedoch erst im Jahre 1900, und zwar gleichzeitig mit der Feier des 500-jährigen Bestehens der Jagellonischen Universität.

— Da der Patentschutz für das Antipyrin in Deutschland vor Kurzem abgelaufen ist, so ist der Preis für das Kilogramm dieses Mittels von 96 Mark auf 17 Mark gesunken. Entsprechend ist auch das Salipyrin, bei dessen Fabrication Antipyrin benutzt wird, billiger geworden.

— Von der livländischen Medicinal-Verwaltung ist, der «Düna-Zeitung» zufolge, bezüglich der Berechtigung zur Führung des Doctortitels unter dem 3. October a. c. folgende Eröffnung an die Aerzte des livländischen Gouvernements ergangen:

In Folge von Erklärungen seitens mehrerer Aerzte, die nicht den Grad eines Doctors der Medicin besitzen, dass es wünschenswerth wäre, ihnen die Möglichkeit zu gewähren, sich, zur Vermeidung von Missverständnissen im Publicum, auf ihren Adressschildern und in Recepten «Doctor» nennen zu können, desgleichen in Folge von Petitionen einiger Aerzte, die im Auslande die gelehrten Grade eines Doctors der Medicin und der Chirurgie erlangt haben, ihnen in ihrer Praxis die Benutzung der eben genannten Grade zu erlauben, bringt die Medicinal-Abtheilung der livländischen Gouv.-Regierung den Herren Aerzten zur Kenntniss, dass nach Durchsicht dieser Frage im Medicinal-Conseil die Abtheilung im Einklang mit der Beschlussfassung des Medicinal-Conseils es für möglich erkannt hat, ihre Circularverfügung vom 2. December 1897, sub Nr. 3449, durch Folgendes zu ergänzen:

1) Den Aerzten, die nur den Grad eines Arztes besitzen, wird es gestattet, sich auf ihren Adresseschildern und in Annoncen «Doctor» zu nennen, jedoch ohne Hinzufügung des Wortes «der Medicin» zu dieser Benennung.





2) Den Aerzten, die in einer der ausländischen Lehranstalten des Grades eines Doctors der Medicin oder eines Doctors der Medicin und der Chirurgie gewürdigt worden sind, wird es gestattet, sich mit den genannten gelehrten Graden zu nennen, jedoch bei Hinzufügung derjenigen ausländischen Lehranstalt zu dem Titel des gelehrten Grades, von der die betreffenden Aerzte dieses Grades gewürdigt worden sind Doctor der Medicin der und der Universität).

— Die Pest in Wien, Ssamarkand und Indien. Von den an der Pest erkrankten 5 Personen in Wien ist nun am 18. (30.) October auch die Wärterin Pecha gestorben. Alle drei Todesfälle sind unter den Symptomen einer gewöhnlichen Lungenentzündung verlaufen, doch die mikroskopische Untersuchung des Sputums ergab das Vorhandensein von Pestbacillen. Der Laboratoriumsdiener Barisch, welcher die wenigen gegen das Pestgift immunisirten Ratten zu füttern und das Laboratorium zu reinigen hatte, hat sich nur in Folge einer Nachlässigkeit inficirt (wozu er durch seine Trunksucht besonders empfänglich war), Dr. Müller aber wohl dadurch, dass er selbst die Desinfection des Krankenzimmers (Abreiben der Wände etc.) vornahm, damit der Keim nicht noch mehr Opfer forderte. Weitere Erkrankungen sind in Wien nicht vorgekommen und wohl auch, wie wir in unserem vorigen Bericht schon darlegten, erfahrungsgemäss nicht zu erwarten. — Aus Ssamarkand liegen neuerdings keine officiellen Berichte über die verdächtigen Erkrankungen in Ansowo vor: nur wird von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest der Gemeindebezirk Iskander im Gebiet von Ssamarkand als pestverdächtig erklärt. Aus Moskau ist eine Sanitätsabtheilung im Bestande von 20 Personen zur Bekämpfung der in Ansowo aufgetretenen Pest nach Ssamarkand abgereist. — In Indien setzt die Pestepidemie ihre Verheerungen fort und weist namentlich in der Präsidentschaft Bombay eine erhebliche Zunahme auf. Es erkrankten in der Woche vom 24.—30. September n. St. 5353 Personen und starben 4029, d. h. es erkrankten 1775 Personen mehr und starben 1357 Personen mehr als in der Vorwoche. Nur in Calcutta ist schon seit einem Monat keine Neuerkrankung vorgekommen. Bf.

— Vacanz. Vom Medicinal-Departement wird bekannt gemacht, dass der Posten eines Arztes der egyptischen Sanitäts- und Quarantäne-Verwaltung in Suez und an den Moses-Quellen erledigt ist. Die Anfangsgage beträgt 8000 Frcs. Bewerber haben ihre Gesuche an den Präsidenten des Sanitätsconseils in Alexandria bis zum 6. Januar 1899 einzusenden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. October d. J. 7875 (36 mehr als in d. Vorw.), darunter 628 Typhus — (25 wen.), 831 Syphilis — (5 wen.), 122 Scharlach — (5 wen.), 165 Diphtherie — (11 mehr), 32 Masern — (5 mehr) und 10 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. October 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
332	262	594	134	36	97	18	5	13	45	55	54	52	40	33	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 13, Diphtherie 31, Croup 4, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 3, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 53, Todtgeborene 32.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 27. October 1898.

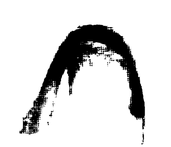
Tagesordnung: Dr. Bary, Ueber einen Fall von peripherer Facialislähmung mit Sectionsbefund.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. November 1898.

Tagesordnung: Dr. Westphalen, Ueber diffuse idiopathische Oesophagusdilatation.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв ценз. Спб. 24 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15





XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 31. October (12. November) 1898

Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztl. Rechtsschutzvereins von 1890—1897.

Von
Professor O. Petersen,
St. Petersburg.

(Vortrag, gehalten auf dem X. Livländischen Aerztetage zu Wolmar.)

Sehr geehrte Collegen! Wir haben es noch soeben wieder gehört, wie wenig gesichert die sociale Stellung des Arztes bei uns ist und einen Hauptgrund muss ich darin finden, dass der ärztliche Stand als solcher officiell von den russischen Gesetzen noch nicht anerkannt ist. Das russische Gesetzbuch kennt keinen «ärztlichen Stand», sondern nur «Personen, die sich mit ärztlicher Praxis beschäftigen». Dem entsprechend fehlt es auch an einer Vertretung der Gesammtheit der Aerzte und dieselben sind allen Angriffen ausgesetzt, ohne bei den Collegen Schutz und Unterstützung zu finden.

Die grossen Nachtheile des Mangels an Zusammenhang zwischen den Collegen, sowie die Berichte über ärztliche Rechtsschutzvereine in Deutschland, Frankreich und Belgien bewogen mich, auf dem I. russischen Aerztetage, der Ende 1885, also vor bald 13 Jahren in St. Petersburg zusammentrat, in der Section für ärztliche Standesfragen einen Vortrag über «ärztliche Rechtsschutzvereine» zu halten und die Gründung einer derartigen Vereinigung für Russland in Anregung zu bringen. Der Erfolg war ein sehr getheilter, es wurde für und dawider geredet, und kein Beschluss gefasst. Somit wäre die Frage ins Wasser gefallen, wenn nicht Dr. Alexander Ebermann die Idee mit grossem Eifer aufgenommen und auf dem II. russischen Aerztetage in Moskau bereits mit dem Project des Statutes für einen «allrussischen ärztlichen Rechtsschutzverein» aufgetreten wäre. Auch hier war der Boden noch steril, jedoch war es schon als kleiner Erfolg zu betrachten, dass die Frage zur weiteren Berathung dem folgenden Aerztetage überwiesen wurde. Inzwischen wurde der Sinn collegialen Zusammenhanges durch den «Fall Dreypölcher» in allen Schichten der ärztlichen Gesellschaft aus der Lethargie aufgerüttelt. Dr. Dreypölcher hatte bekanntlich als Dujourenarzt eines Hospitals entsprechend der erhaltenen Vorschrift eine Patientin wegen Raummangels nicht ins Spital aufgenommen und dieselbe starb auf dem Wege in das nächste Hospital. Man schlug Lärm, brachte Dr. Dreypölcher auf die Anklagebank und er wurde verurtheilt (trotzdem er die Vorschrift der Vorgesetzten erfüllt!). Von allen Seiten erhielt Dr. D. Theilnahmsbeweise, auch von den Aerzten der Provinz, man drang auf Apellation, die Angelegenheit wurde nochmals dem Gericht überwiesen und Dr. D. unter dem Jubel der Aerzte, weit und breit, freigesprochen. Man stand noch unter dem Einfluss dieser Angelegenheit, als der III. russische Aerztetag zusammentrat. Wiederum brachten Dr. Ebermann und ich die Frage der Gründung eines ärztlichen Rechtsschutzvereins vor und dieses Mal fand der Vorschlag glänzenden Beifall, es wurde sofort eine Commission zur Ausarbeitung der Statuten gewählt, zu welcher auch Prof. Paschutin, der jetzige Präsident des Medicinalraths gehörte. Bei der Realisirung der Idee kam es nun darauf an sich den bestehenden Verhältnissen anzupassen. Vor Allem wurde uns von den Juristen gleich wieder vorgehalten, dass das Gesetz keinen «ärztlichen Stand» kenne, und dass derselbe sich nicht so leicht schaffen lasse. Ferner musste man auch auf den Titel «Allrussischer ärztlicher Rechtsschutzverein» verzichten und sich mit dem bescheideneren Titel «St. Petersburger Aerzteverein zur gegenseitigen Hilfe» begnügen, doch konnte man im Statut den Punct hineinbringen, dass dem Vereine das Recht zustehe, in dem ganzen Reiche «Filialen» zu gründen, die jedoch jedes Mal vom Minister des Innern zu bestätigen seien.

Es war eine erfreuliche Erscheinung, dass in der Commission zur Ausarbeitung die Vertreter der ver-

schiedensten Richtungen einmüthig und friedlich zusammenarbeiteten und durch keinen Misston gestört ward die Arbeit rasch gefördert. Die Bestätigung von Seiten der Regierung machte keine Schwierigkeiten, da auch der Director des Medicinal-Departements, Dr. Ragosin die Angelegenheit in sympathischster Weise förderte und am 31. Mai 1890 wurde das Statut ministeriell bestätigt. Dann kam der Sommer, die nöthigen Vorarbeiten, so dass die erste allgemeine Versammlung erst im November 1890 stattfinden konnte. Zum Präsidenten wurde Dr. Ebermann erwählt, der 2 Mal wiedergewählt, nunmehr seit 7 Jahren an der Spitze des Vereines steht, wie auch Vortragender fast dieselbe Zeit das Secretariat verwaltet hat und erst seit diesem Jahre diese Arbeit dem Privatdocenten Dr. Fischer übergeben hat. Ein vorzüglicher Rentmeister ist seit der Gründung Dr. Trojanow, Mitglieder des Vorstandes sind noch Prof. Dr. Ssyrotinin und Privatdocent Dr. Sadowski. Nur 3 Mitglieder des Vorstandes sind in dieser Zeit abgetreten, Dr. Tscherepnin und Dr. W. Afonasjew wegen Kränklichkeit und Prof. Dr. Manassein wegen Zeitmangels.

Der Zweck des Vereins ist im § 1 dargelegt, der also lautet: Der St. Peterburger Aerzte-Verein zur gegenseitigen Hilfe, dessen Ziel die Fürsorge in allen Nothlagen seiner Mitglieder ist, hat folgende Aufgaben: 1) Er unterstützt materiell seine Mitglieder oder deren Familien bei jeglicher Art Unglücksfällen; 2) er gründet nach Möglichkeit Asyle und Stifte für Wittwen und Waisen seiner Mitglieder; 3) er vertheidigt die gesetzlichen Interessen des Vereins und seiner Mitglieder durch seinen Vorstand, welcher das Recht der juridischen Vertretung geniesst.

Wir sehen also, dass die Mitglieder dieses Vereins in allen denkbaren Lagen des Lebens nicht mehr auf sich allein angewiesen sind, sondern hinter sich den Schutz des Vereins haben. Es ist doch z. B. eine ganz andere Sache, ob Dr. N. oder X. beim Gericht klagt, dass man ihn ungerechter Weise verdächtigt hat, oder dass man ihm das Honorar schuldig geblieben, oder ob der Rechtsanwalt des ärztlichen Schutzvereins auftritt und im Namen des Vereinsvorstandes Klage führt, dass Einem der Mitglieder Unrecht gethan worden.

Von besonderer Wichtigkeit ist auch, dass der Verein sein eigenes Ehrengericht besitzt, dem sich jedes Vereinsmitglied zu unterwerfen hat.

Laut § 33 steht dem Verein das Recht zu, um Eröffnung von Filialen in verschiedenen Städten des Reiches zu petitioniren und damit ist die Möglichkeit geboten, ein Band zwischen den Aerzten St. Petersburgs und den übrigen Gegenden des Reiches zu knüpfen. Und in den ersten 7 Jahren des Bestehens ist es bereits gelungen in 30 Städten Abtheilungen des Vereins zu eröffnen, freilich mit sehr verschiedenem Erfolge, denn in vielen Abtheilungen erweist sich noch wenig Leben und noch gar gering ist das Bedürfniss der Einigung, doch der Anfang ist gemacht. Um die Furcht vor Bevormundung zu zerstreuen, hat unser Vorstand stets das Princip verfochten, dass jede Abtheilung nach dem allgemeinen Statut arbeitend völlig selbstständig sei, auch eine eigene Casse besitze und nur verpflichtet sei, über seine Thätigkeit einen Jahresbericht einzusenden. Doch auch dieses wird leider von mancher Filiale nicht gethan. Mehr Leben und Einigung wird hoffentlich bald durch den in diesem Frühling gefassten Beschluss, unser eigenes Vereins-Journal zu gründen, entstehen.

Es erübrigt nun noch in kurzen Zügen darzulegen, was der Verein in den ersten 7 Jahren seines Bestehens hat leisten können.

Er begann seine Thätigkeit mit 588 Mitgliedern, zum 1. Januar 1898 war dieselbe auf 937 gestiegen, wobei die Zahl der Mitglieder der Filial-Abtheilungen nicht mitgerechnet, doch beträgt dieselbe fast ebensoviel.

In der Casse befanden sich am 1. Januar 1890 — 2940 Rbl., zum 1. Januar 1898 besass der Verein ein Capital von fast 20,000 Rbl., obgleich im Laufe des Jahres ca. 5000 Rbl. Unterstützungen an Wittwen und Waisen von Aerzten vertheilt worden. Im vergangenen Jahre ist ein specieller Fond zur Erziehung von Aerzte-Waisen gestiftet, desgleichen wird alljährlich ein bestimmter Procentsatz der Einnahmen dem Capital zur Errichtung eines Stiftes für Wittwen und Waisen der Aerzte zum Andenken an Prof. Botkin überwiesen, wo der Verein dann seine Pensionäre haben wird.

Ferner hat eine Reihe von Mitgliedern leihweise (ohne Procente) Geld erhalten. Soweit die materielle Unterstützung. Viel wichtiger jedoch ist es, dass der Verein mehrfach durch seinen Advocaten Angriffe gegen Aerzte erfolgreich hat bekämpfen können. So z. B. wurde ein Arzt von der Polizei verklagt, weil er nicht zu einem Kranken gegangen. Der Advocat bewies, dass den Arzt gerade seine Sprechstunde abhielt, folglich nicht weggehen konnte und der College — wurde freigesprochen. Besonders interessant ist die Angelegenheit der Aerzte der Stadt-Hospitäler St. Petersburgs. Nach Jahre langem Zögern hatte sich die Stadtverwaltung entschlossen, die Gagen zu erhöhen, jedoch wurde sie trotzdem nicht nach dem neuen, sondern nach dem alten Etat ausgezahlt und erst als die Collegen sich an den Verein wandten und derselbe officiell mit dem Stadthaupte zu verhandeln anfing und durchblicken liess, dass der Verein die Angelegenheit dem Rechtsanwalt übergeben werde, erfolgte die Auszahlung der erhöhten Gage.

Ferner ist es der Verwaltung des Vereins wiederholt gelungen Waisen von Aerzten in Kronsanstalten unterzubringen, da man ihr stets auf das Freundlichste entgegenkommt, wo der Einzelne kaum etwas erreichen würde.

Die weiteren Versuche die Lage der Aerzte materiell, sowie social zu heben, sind bisher noch von keinem grossen Erfolge gewesen, zum Theil wohl auch deshalb, weil die Aerzte selbst noch zu wenig von der Idee der Zusammengehörigkeit durchdrungen sind.

Besondere Commissionen hatten Projecte zur Collectiv-Lebensversicherung ausgearbeitet und Vergünstigungen von Seiten der Lebensversicherungs-Gesellschaften erwirkt, doch ist dieser Vorschlag bisher ohne Benutzung seitens der Aerzte geblieben. Ueber eine Sterbecasse hat man sich bis jetzt nicht einigen können. Besser ist es mit einer Art Consum-Verein gegangen. Der Verein besitzt eine Zahl von ca. 80 Lieferanten, die den Mitgliedern des Vereins Rabatt geben.

Wenig Erfolg hat der Verein mit der Bearbeitung der Fragen bezüglich der unentgeltlichen oder billigen Ambulanzen, sowie der ärztlichen Reklame gehabt. Die Aerzte konnten sich darüber nicht einigen, obgleich die Ambulanzen den Werth der ärztlichen Arbeit herabdrücken und die langen Verzeichnisse der Aerzte, die sich auf der letzten Seite der Tagesblätter anbieten und «Schwächezustände mit Electricität» behandeln, nicht grade zum Ansehen der Aerzte beträgt.

Jedenfalls ist der Anfang gemacht, die Aerzte zu einer ganzen Familie zu sammeln, und wenn auch vielleicht viele Decennien vergehen, bis es uns gelingt, den ärztlichen Stand als solchen zur officiellen, gesetzlichen Anerkennung zu bringen, so muss unentwegt daran fortgearbeitet werden, und jede Filiale, die sich uns anschliesst, bedeutet einen Schritt in dieser Richtung vorwärts, daher proponire ich, dass die Collegen



Livlands sich ebenfalls zur Petitionirung um Errichtung einer Filiale entschliessen· «Viribus unitis» ist der Wahlspruch unseres Vereins!

Die Uebersetzung unseres Statuts folgt hierbei!

Das Statut des St. Petersburger Aerztevereins zur gegenseitigen Hilfe.

(Bestätigt vom Minister-Gehilfen, Senator Plehwe am 31. Mai 1890.)

§ 1.

Der St. Petersburger Aerzteverein zur gegenseitigen Hilfe. dessen Ziel die Fürsorge in allen Nothlagen seiner Mitglieder ist, hat folgende Aufgaben: 1) Er unterstützt materiell seine Mitglieder oder deren Familien bei jeglicher Art Unglücksfällen; 2) er gründet Asyle und Stifte für Wittwen und Waisen seiner Mitglieder; 3) er vertheidigt die gesetzlichen Interessen des Vereins und seiner Mitglieder durch seinen Vorstand, welcher das Recht juridischer Vertretung geniesst.

Anmerkung. Der Verein kann, falls es seine Mittel gestatten, materielle Hilfe nicht nur seinen Mitgliedern angedeihen lassen, sondern überhaupt Personen, die den ärztlichen Beruf ausüben oder deren Familiengliedern, die er dann auch in die Asyle und Stifte aufnehmen kann.

§ 2.

Der Verein besteht aus: 1) Ehrenmitgliedern, 2) wirklichen Mitgliedern und 3) Begründern.

§ 3.

Zu Ehrenmitgliedern werden Personen gewählt, die dem Verein besonders wichtige Dienste geleistet.

Anmerkung. Ehrenmitglieder können auch Nichtärzte werden.

§ 4.

Wirkliche Mitglieder können alle diejenigen Personen männlichen und weiblichen Geschlechts werden, welche das Recht der medicinischen Praxis in Russland besitzen.

§ 5.

Diejenigen, die dem Verein beizutreten wünschen und den Bedingungen des § 4 entsprechen, haben den Vorstand des Vereins schriftlich zu benachrichtigen, mit Beifügung des Jahresbeitrages, der von der allgemeinen Versammlung festgesetzt wird.

§ 6.

Die Mitgliedsbeiträge werden innerhalb des ersten Semesters (vom 1. Januar gerechnet) eingezahlt. Diejenigen, die innerhalb dieses Termins den Beitrag nicht gezahlt, werden als ausgetreten betrachtet und können nur nach Ballotirung in der allgemeinen Versammlung wieder eintreten.

Anmerkung. Mitglieder, die einmalig 60 Rbl. oder ununterbrochen 20 Jahre lang ihren Beitrag gezahlt, werden als lebenslängliche Mitglieder angesehen und von den Jahresbeiträgen befreit.

§ 7.

Jedes Mitglied besitzt Stimmrecht in der allgemeinen Versammlung, kann zum Vorstandsmitgliede gewählt werden und geniesst das Recht des Schutzes seiner Interessen durch den Vorstand.

§ 8.

Als Begründer des Vereins werden diejenigen angesehen, die das Gesuch um Bestätigung des Vereins unterschrieben und nicht weniger als 5 Rbl. zum Stiftungsfond beigetragen.

§ 9.

Die Mittel des Vereins bestehen aus: 1) den Jahresbeiträgen der Mitglieder, sowie deren Schenkungen; 2) Schenkungen von Nichtmitgliedern, sowohl zum allgemeinen Besten des Vereins, wie auch zu speciellen Zwecken, entsprechend den Zielen des Vereins (laut § 1); 3) Einnahmen von öffentlichen Vorlesungen, Concerten, Abenden, Vorstellungen, die unter Beobachtung der allgemeinen Gesetze veranstaltet werden; 4) Procenten von den durch das Gericht eingetrieben Summen, nach Betimmung der allgemeinen Versammlung.

§ 10.

Der Verein kann aus den vorhandenen Summen Grund-Reserve- und Special-Capitale bilden, auf Grund von Bestimmungen der allgemeinen Versammlungen.

§ 11.

Die Angelegenheiten des Vereins leiten die allgemeinen Versammlungen und der aus 5 Mitgliedern bestehende Vorstand.

§ 12.

Die Glieder des Vorstandes werden von der allgemeinen Versammlung auf 3 Jahre gewählt. Die vorläufige Wahl der Vorstandsglieder geschieht durch Zettel, worauf diejenigen 10, welche am meisten Stimmen erhalten von der allgemeinen Versammlung ballotirt werden. Diejenigen 5, welche die meisten Wahlkugeln erhalten, werden als zu Gliedern des Vorstandes gewählt angesehen, die folgenden 5 werden als Ersatz-Candidaten gerechnet und rücken je nach der Stimmenzahl ein, falls Vorstandsmitglieder zurücktreten.

Anmerkung. Der erste Vorstand wird auf der Versammlung der Begründer gewählt.

§ 13.

Die Glieder des Vorstandes vertheilen unter sich die Aemter des Präsidenten, Vice-Präsidenten und der Secretäre. Die Wahl des Rentmeisters wird dem Ermessen des Vorstandes anheimgestellt,

§ 14.

Die Beschlüsse des Vorstandes werden als giltig angesehen, wenn sie dem Statut und den Beschlüssen der allgemeinen Versammlungen nicht widersprechen und wenn sie von nicht weniger als 3 Vorstandsmitgliedern unterschrieben.

§ 15.

Alle Vorstandsmitglieder verantworten vor dem Verein für die Sicherheit der Summen und des Besitzthums des Vereins.

§ 16.

Dem Vorstande wird zur Pflicht gemacht; 1) Die Verwaltung der Summen des Vereins in Procentpapieren und auf laufende Rechnung anzulegen, sowie die Ausführung aller von den allgemeinen Versammlungen gestatteten Ausgaben; 2) Berufung der allgemeinen jährlichen oder Extra-Versammlungen durch Versendung von Anzeigen oder Publication, sowie das Führen der Mitglieds-Verzeichnisse; 3) Festsetzung der Tagesordnung auf den Jahres- und Extra-Versammlungen; 4) die Abfassung der Berichte des Vereins und Führung der Einnahme- und Ausgabebücher; 5) das Petitioniren in Angelegenheiten des Vereins bei der Regierung und das Leiten der Beziehungen zu anderen allgemeinen oder speciellen Institutionen, sowie die Vertretung des Vereins vor den Gerichten; 6) Die Führung der Gerichtssachen der Vereinsmitglieder durch besondere Rechtsanwälte, falls darum nachgesucht wird; 7) die Annahme und das Entlassen des dem Verein nothwendigen Dienstpersonals oder Artelglieder, desgleichen das Miethen der Wohnung, wo die Vorstandssitzungen stattfinden.

§ 17.

Der Präsident ladet die Vorstandsmitglieder zu den Sitzungen nach Massgabe des Bedürfnisses.

§ 18.

Im Falle sich der Vorstand in einer Frage nicht einigen kann, hat der Präsident dieselbe auf Wunsch der Minorität der allgemeinen Versammlung vorzulegen.

§ 19.

Die Versammlungen sind alljährliche und ausserordentliche.

§ 20.

Die «ausserordentlichen» Versammlungen werden von dem Vorstande in Folge von Anhäufung von Angelegenheiten oder laut schriftlicher Aufforderung von nicht weniger als 10 Mitgliedern berufen.

§ 21.

Auf den Jahresversammlungen, die nicht später als Mitte Februar stattzufinden haben, findet statt:

1) Die Neuwahl des Vorstandes (auf 3 Jahre), falls ihr Termin abgelaufen.

2) Verlesung des Jahresberichtes über die Thätigkeit des Vereins und den Kassenbestand.

3) Wahl der Revisionscommission zur Revision der Kasse und des Besitzthums des Vereins, worüber der nächsten allgemeinen Versammlung Bericht zu erstatten.

4) Bewilligung der Erhöhung oder Herabsetzung des Jahresbeitrages.

5) Entscheidung aller auf die Ziele des Vereins bezüglicher Fragen.

6) Besprechung der von Mitgliedern dem Vorstande vorgelegten Fragen.

7) Bestimmung derjenigen Gegenstände und Fragen, bezüglich welcher der Vorstand beauftragt wird bei der Regierung zu petitioniren.

Anmerkung. Der Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereins nebst Mitgliederverzeichniss wird von dem Präsidenten dem Medicinal-Departement eingereicht.

§ 22.

Auf den «ausserordentlichen Versammlungen» werden 1) alle keinen Aufschub leidenden Fragen besprochen, desgleichen diejenigen Angelegenheiten, über welche die Vorstandsmitglieder uneinig oder die von nicht weniger als 10 Mitgliedern zur Verhandlnng vorgeschlagen; 2) werden ebenfalls Vorschläge zur Statutenänderung besprochen oder neue Regeln der internen Ordnung bestätigt, desgleichen Regeln über die Benutzung des Grund- und Reservecapitals.

§ 23.

Alle Angelegenheiten des Vereins werden in den allgemeinen Versammlungen durch einfache Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden. Im Falle von Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Anmerkung. In Sachen über Ausschliessung eines Vereinsmitgliedes, Abänderung der Statuten und beim Beschluss den Verein aufzuheben, ist zur Entscheidung eine Majorität von $^2/_3$ der Stimmen der anwesenden Mitglieder nothwendig.

§ 24.

Die allgemeine Versammlung ist beschlussfähig, falls nicht weniger als $^1/_4$ des Vereins anwesend.

Anmerkung. Die wegen Beschlussunfähigkeit der allgemeinen Versammlung nicht entschiedenen Fragen werden auf der folgenden allgemeinen Versammlung entschieden bei Anwesenheit einer beliebigen Anzahl der Mitglieder.

§ 25.

Zur Klarlegung der Missverständnisse, die zwischen Mitgliedern auftreten, desgleichen falls dieselben ehrenrühriger oder mit dem Beruf des Arztes nicht vereinbarer Handlungen angeklagt werden, wird ein Ehrengericht abgehalten.

§ 26.

Das Ehrengericht besteht aus 3 Mitgliedern und 2 Ersatzcandidaten, die aus der Anzahl der Mitglieder des Vereins auf den Jahresversammlungen auf die Dauer von drei Jahren gewählt werden. Jedem Parten wird es gestattet, einen der Ehrenrichter zurückzuweisen und ihn durch einen Ersatzcandidaten ersetzen zu lassen.

§ 27.

Die Wahl zu Ehrenrichtern und deren Ersatzcandidaten erfolgt zuerst durch Zettel, wobei diejenigen Zehn, welche die Stimmenmehrzahl erhalten, dem Ballotement unterzogen werden. Diejenigen 3, welche die meisten Wahlkugeln erhalten, sind als zu Ehrenrichtern gewählt anzusehen, die 2 demnächst folgenden als Ersatzcandidaten.

§ 28.

Die Wahl zu Ehrenmitgliedern wie deren Ersatzcandidaten ist nur dann als erfolgt anzusehen, falls die Gewählten nicht weniger als $^2/_3$ der Stimmenzahl der Anwesenden erhalten.

§ 29.

Das Ehrengericht tritt zusammen, je nach Bedürfniss, nach schriftlicher Aufforderung des Vorstandes oder eines der Vereinsmitglieder.

Anmerkung. Dem Vorstande steht das Recht zu, das Ehrengericht auch in Folge von Anklagen zusammenzuberufen, die gegen Mitglieder des Vereins von Seiten nicht zu dem Vereine gehörenden Personen erhoben werden wegen ehrenrühriger oder mit dem Beruf des Arztes nicht vereinbarer Handlungen.

§ 30.

Jedes Mitglied des Vereins ist verpflichtet, auf Verlangen des Ehrengerichtes seine Aussagen zu machen und sich inappellabel dem Schiedsspruch desselben zu unterwerfen. Es wird dem Ehrengericht anheimgestellt, der allgemeinen Versammlung den Vorschlag zur Ausschliessung eines Mitgliedes zu machen. Es wird dem Ehrengericht ferner anheimgestellt, ob der Schiedsspruch sowie die Namen der dem Ehrengericht unterzogenen Mitglieder veröffentlicht werden sollen oder nicht.

§ 31.

Die Mitglieder des Vereins, die sich den Bestimmungen des Ehrengerichts nicht unterwerfen, werden laut Verfügung der allgemeinen Versammlung ausgeschlossen und verlieren das Recht je wieder als Mitglied aufgenommen zu werden.

§ 32.

Der Verein hat sein Siegel mit der Aufschrift «St. Petersburger Aerzte-Verein zur gegenseitigen Hilfe».

§ 33.

Dem Vereine ist es gestattet, bei der Regierung um Errichtung von Filial-Abtheilungen des Vereins in anderen Städten des Russisches Reiches zu petitioniren.

§ 34.

Die Ehrenmitglieder erhalten vom Verein ein Diplom.

§ 35.

Falls aus irgend welchen Gründen der Verein seine Thätigkeit aufgiebt, wird das ganze vorhandene Capital laut Beschluss der allgemeinen Versammlung zu Wohlthätigkeitszwecken bestimmt.

Zehnter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wolmar vom 20—22. August 1898.

(Fortsetzung.)

Begründung des vom IX. livländischen Aerztetage an den Landtag der Livländischen Ritter- und Landschaft gerichteten Gesuches für Livland ein Hebammen-Institut zu gründen.

Ausgearbeitet von der vom VIII. livländischen Aerztetage zur Prüfung und Regelung unserer Hebammenverhältnisse niedergesetzten Commission, bestehend aus den Herren Prof.





Dr. Kessler, Dr. Meyer, Dr. Knorre, Dr. Christiani und Dr. Katterfeldt.

Im Jahre 1893 richtete der IV. livländische Aerztetag auf Antrag einer damals niedergesetzten Commission an den Landtag ein Gesuch, für den estnischen Theil Livlands ein Landhebammeninstitut zu gründen, um den in diesem Theil herrschenden, selbst den denkbar bescheidensten Anforderungen des Sanitätswesens und der modernen Hygiene geradezu Hohn sprechenden Gebärverhältnissen endlich eine Ende zu machen. Mit Eröffnung dieses Instituts wäre es möglich geworden, durch Aufnahme von dementsprechenden Gesetzesparagraphen in die Bauerverordnung bei uns ähnliche Zustände zu schaffen, wie in unserer Nachbarprovinz Kurland, wo seit den 60-er Jahren das Hebammenwesen für das flache Land gesetzlich geregelt ist und dank der in Mitau sich ausserordentlich bewährenden Anstalt zur Ausbildung von Landhebammen von Jahr zu Jahr sich das Vertrauen der indigenen Bevölkerung mehr erwirbt. Zur Zeit sind fast in ³/₄ aller Kirchspiele Kurlands Hebammen angestellt und über ³/₄ aller Geburten werden «lege artis» geleitet.

Der livländische Aerztetag petitionirte damals um Eröffnung eines Instituts nur für Nordlivland, da für Lettland, wie es schien, durch die Torklussche Stiftung in Riga gesorgt war. Ausserdem bestand damals noch an der Universität die altbewährte Hebammenschule, welche, wenigstens für die Städte, das nöthige Material an Geburtshelferinnen lieferte, ja selbst auf dem flachen Lande haben sich besonders Anfang der 90-er Jahre mehrere Schülerinnen obengenannter Anstalt als freipractisirende Hebammen niedergelassen. Trotzdem also für Livland 2 Institute, oder wenn wir das Torklussche Institut — aus später näher zu erörternden Gründen — zunächst bei Seite lassen, wenigstens ein solches bestand, das jährlich gegen 20 Hebammen, die allen modernen Anforderungen entprachen, in unsere Provinz entliess, hielt es, wie gesagt, der Aerztetag doch für geboten, um die Eröffnung jener Anstalt zu petitioniren. Das Gesuch wurde abschlägig beschieden.

1893 wurde in der Hebammenschule zu Jurjew die russische Unterrichtssprache eingeführt und damit hat sie für uns jede Bedeutung verloren. Wie eine ad hoc angestellte Enquête ergeben hat, ist aus derselben in den letzten 5 Jahren keine einzige Schülerin in unsere Landstädte, geschweige denn aufs flache Land entlassen worden, ja selbst in Jurjew hat keine Niederlassung stattgefunden, trotzdem daselbst ein erheblicher Mangel an brauchbaren Hebammen herrscht: Die aus dem Innern des Reiches stammenden Schülerinnen ziehen ebendahin zurück, hiesige Elemente können wegen mangelnder Kenntniss der russischen Sprache sich am Unterricht nicht betheiligen.

Somit ist für Livlands Hebammenverhältnisse durch Russificirung der Universität die ganze Frage in ein neues Stadium getreten. Es handelt sich nicht mehr darum, neben der bestehenden Anstalt an der Universität ein zweites Institut zu eröffnen, um speciell die geburtshilflichen Verhältnisse unseres Landvolkes in möglichst kurzer Zeit auf die culturelle Stufe zu bringen, wie sie in den übrigen Staaten, ja selbst im Innern des Reiches existirt, sondern neben jenem Zweck, der natürlich noch fortbesteht, gilt es auch den gebildeten Bewohnern unserer Provinz die nothwendige sachverständige Hilfe und Pflege zu Zeiten der Geburt und des Wochenbettes zu schaffen.

Obgleich bisher nur 4 Jahre seit Russificirung der Jurjewer Frauenklinik verflossen sind, ist es schon jetzt schwierig, aufs Land tüchtige Hebammen zu erhalten und es sind nicht selten Unglücksfälle vorgekommen, welche unter normalen Verhältnissen vermieden worden wären. Wirklich zuverlässiger Hilfe kann gegenwärtig nur der Wohlhabende auf dem Lande theilhaftig werden, da Hebammen, welche die Asepsis beherrschen, in Folge genügender Beschäftigung in den Städten nur unter ausserordentlichen Opfern bereit sind einem Ruf aufs Land zu folgen. Obschon die Hygiene Gemeingut Aller ohne Unterschied des Standes sein soll, ist bei uns durch diese Verhältnisse die Wochenhygiene Specialgut des Reichen geworden. Der minder Begüterte muss mit der billigeren, dafür aber schlechteren Hebamme vorlieb nehmen und dadurch das Leben seiner Frau wissentlich der Gefahr des Wochenfiebers aussetzen.

Um genaue Daten über die Zahl der in Jurjew, sowie der mittelst der Torklusschen Stiftung ausgebildeten practisirenden Hebammen, wie fernerhin über die Leistungsfähigkeit derselben, ihre Inanspruchnahme durch die Bevölkerung und über andere einschlägige Fragen zu erhalten, hat die Commission eine hierauf bezügliche Enquête in Livland veranstaltet. Dieselbe ergiebt, dass in Livland auf dem flachen Lande nur 8 Hebammen practisiren, und zwar 5 im estnischen Theile Livlands, 3 in Lettland, wo ausserdem noch eine Anzahl im Torklusschen Institut geschulter Wehefrauen beschäftigt sind. Auf 400,000 Einwohner Nordlivlands mit 7000 Geburten kommen also nur 5 Hebammen. Eine solche Hebamme kann höchstens 50 Geburten jährlich leiten; nehmen wir 750 Geburten der Hebammen der kleinen Städte noch hinzu, so bleiben immer noch 6000 Geburten, die ausschliesslich von alten Weibern besorgt werden. Dem entsprechend beträgt auch die Sterbeziffer in Folge der Geburten 11—17 pro Mille bei uns, gegen 3—4 pro Mille im übrigen Europa.

In ganz Lettland practisiren nur 3 durchgebildete Hebammen auf dem flachen Lande, ausserdem bildet die «Torklussche Stiftung» jährlich 6 sogenannte Landhebammen für diesen Theil Livlands aus. Scheinbar liegen die Verhältnisse hier also ähnlich, wie in Kurland. Leider ist dieses aber de facto durchaus nicht der Fall, da die «Torklussche Stiftung» mit dem kurländischen Landhebammeninstitut zwar das Eine gemeinsam hat, dass sie ausschliesslich Gemeindeglieder einzelner Kirchspiele, in denen sie sich späterhin auch niederlassen müssen, ausbildet; in allen anderen Grundprincipien der Hebammenausbildung aber unterscheidet sie sich von jenem Institut wesentlich. Es muss die Ausbildung von Landhebammen, da die sich zu solchen ausbildenden Schülerinnen auf einer niedrigeren Bildungsstufe stehen, eine viel intensivere sein, als diejenige von Stadthebammen, da letztere vermöge ihrer höheren Schulung leichter das Grundprincip unserer modernen Geburtshilfe, die peinlichste Sauberkeit der eigenen Person, sowie alles dessen, was mit den Gebärenden in Berührung kommt, sich anzueignen vermögen. Selbst für den akademisch gebildeten Jünger der Hochschule ist eine practische Uebungszeit von vielen Monaten in klinischen Anstalten, und zwar unter sehr strenge Controlle erforderlich, um ihn in den Stand zu setzen, mit der minutiösesten Reinlichkeit der Hände, Instrumente u. s. w., wie es die Regeln der modernen Asepsis verlangen, bei Ausübung des Berufes unter allen Verhältnissen zu verfahren. Dementsprechend hat die Erfahrung gezeigt, dass der Hebammenunterricht mit Erfolg nur in einer geschlossenen Anstalt geleitet werden kann, in der unter steter Controle des Lehrpersonals die Schülerin immer wieder in der Selbstbeobachtung bezüglich peinlichster Sauberkeit unterwiesen, ihre geringste Handlung an der Gebärenden oder Wöchnerin in dieser Hinsicht stets beaufsichtigt und controlirt und sie schliesslich dazu gebracht wird, gewissermassen instinctiv jede Handlung zu meiden, die ihren Pflegebefohlenen Verderben bringen könnte. Theoretisch lässt sich das ebenso wenig, wie alle übrigen geburtshilflichen Functionen erlernen. Die Torklussche Stiftung ist, wie bekannt, leider blos auf besuchweise Benutzung der Geburten des Stadtkrankenhauses zu Riga angewiesen, wobei zur Zeit immer nur eine Schülerin zu dem schon an und für sich unzureichenden Material an Geburten zugelassen wird. Die ganze Ausbildung ist eigentlich auf theoretische Unterweisung der dem Bauernstande entstammenden Elevinnen fundirt. Und speciell der Mangel eines systematischen Unterrichts in einer geschlossenen Anstalt ist der Grund, weswegen dieses Institut den ärztlichen Anprüchen nicht genügen kann. Ein grosser Theil der Aerzte klagt über die mangelhafte Ausbildung, ja über die gänzliche Unbrauchbarkeit der Schülerinnen, und es ist daher auch verständlich, dass dieselben selbst bei der bäuerlichen Landbevölkerung keine Anerkennung finden.

In Erwägung dessen, dass für Nordlivland gar kein Institut besteht, dass die Universität Jurjew nur der russischen Sprache mächtige Hebammen erzieht und die Torklussche Stiftung dem zu beanspruchenden Zwecke nicht entspricht, hält es die Commission für dringend geboten, dass ein Hebammeninstitut ins Leben gerufen werde, welches, an ein Gebärhaus gebunden, den doppelten Zweck zu verfolgen hätte:

1) für das Landvolk Hebammen bäuerlichen Standes auszubilden, welchen der Unterricht sowohl in lettischer als auch in estnischer Sprache geboten wird,
2) auch für die Städte Hebammen, welche einem höheren Bildungsgrad angehören, für den Hebammenberuf genügend auszubilden.

Zur Erreichung dieses Zweckes ist es erforderlich, in einem der grösseren Centren ein Gebärasyl zu begründen, welches das nöthige Material zum Unterricht darbietet. Letzteres muss selbst bei geringer Schülerinnenanzahl wenigstens die Zahl von 200—300 Geburten pro anno erreichen und erfordert daher 12 Betten, welche in der ersten Zeit unentgeltlich dem Publikum zur Verfügung stehen müssen, um demselben den Eintritt in dasselbe zu erleichtern. Der Kostenaufwand ist daher kein geringer und es hat die Commission im Auftrage des Aerztetages beifolgenden Kostenanschlag aufgestellt. Zur einmaligen Einrichtung der Anstalt sind circa 5000 Rbl. erforderlich, während die jährliche Subvention gegen 9000 Rbl. betragen würde. So hoch die Summe auch erscheinen mag, ist sie dennoch für eine solche Anstalt gering im Vergleich zu der Subvention, die derartige Anstalten im Auslande geniessen. Die kleinste der 21 Provinzialhebammenanstalten Preussens, in der Provinz Sachsen, wird, wie aus dem Jahresbericht pro Triennium 1896—1898 ersichtlich, mit

22,880 Mark jährlich subventionirt, wobei die Anstalt in eigenem Gebäude, in welchem sich ausserdem noch eine Wohnung für den Director befindet, untergebracht ist. Schlesien steuert aus Provinzialmitteln jährlich sogar 70.540 Mark bei.

Die Details dieser Jahresberichte, ferner die Ergebnisse der oben angeführten Enquête, endlich das ganze übrige in der Frage des Hebammenwesens gesammelte Material ist erforderlichenfalls die Commission jederzeit bereit zur Disposition zu stellen.

Vorangehender Beleuchtung des in Livland in diesem Zweige des Sanitätswesens herrschenden Nothstandes beehrt sich die Commission im Auftrage des livländischen Aerztetages als

Beilage I: einen detaillirten Kostenanschlag und als

Beilage II: die Statuten, welche von ihr für das projectirte, neu zu begründende Hebammeninstitut in Livland entworfen worden sind,

beizufügen.

Beilage I.

Kostenanschlag
zur Einrichtung und Erhaltung der Anstalt.

A. Einmalige Zahlung zur Einrichtung.

12 Krankenbetten, incl. 6fachem Wäschebestand, Betttische etc.	1200 Rbl.
12 Schülerinnenbetten	600 »
Gebärzimmer-Einrichtung 200 Rbl., Badezimmer 150 Rbl., Instrumente 300 Rbl.	650 »
1—2 Zimmer für die Hebamme, 1 Zimmer für den Hausknecht, je 1 Zimmer für die 2 Assistenten, 1 Zimmer für 2 Wäscherinnen und 1 Zimmermädchen, 1 Zimmer für Köchin und Küchenmädchen, 1 Zimmer für Ambulanz, 1 Zimmer für Desinfection, Wäscheschränke etc.	800 »
Küche mit Heisswasservorrichtung 200 Rbl., Waschküche 150 Rbl.	350 »
Inventar von Steinzeug, Servicen, Bestecken etc.	200 »
Für unvorhergesehene Ausgaben und Diversa	400 »
Summa	4200 Rbl.

B. Jährliche Subvention.

Wohnungsmiethe für ca. 21—23 Zimmer		2000 Rbl.
Beheizung und Beleuchtung		700 »
Unterhalt von 12 Kranken (à 50 Kop. täglich)		2190 »
Unterhalt von 12 Schülerinnen und 6 Dienstboten (à 9 Rbl. monatlich)		1944 »
Unterhalt von 2 Assistenten und 1 Hebamme (à 15 Rbl. monatlich)		540 »
Medicamente, Wein, Reparaturen von Instrumenten		500 »
Fahrgelder für den poliklinischen Assistenten		200 »
Diversa		400 »
		8474 Rbl.
Gagen: Director	600 Rbl.	
2 Assistenten	1000 »	
1 Hebamme	500 »	
Hausknecht	120 »	
Zimmermädchen	120 »	
2 Wäscherinnen	240 »	
Köchin und Küchenmädchen	200 »	
		2780 »
Gesammtausgaben: Summa		11254 Rbl.
Davon ab:		
Schülerinnengelder	1800 Rbl.	
Zahlungen von zahlungsfähigen stationären und ambulatorischen Patientinnen ca.	600 »	
Einnahme		2400 Rbl.
Subvention		8854 Rbl.

Beilage II.

Statuten
der Landhebammen-Anstalt.

I. Zweck des Instituts.

Der Zweck des Instituts besteht:

1) in der Ausbildung von Hebammen für den estnischen sowohl, als auch lettischen Theil Livlands, welche entsprechend der örtlichen Bevölkerung der estnischen resp. lettischen Sprache mächtig sind;
2) in der Einrichtung von Repetitionscursen für bereits practisirende Hebammen — nach späterhin mit der Gouvernementsregierung zu vereinbarendem Modus.

II. Mittel der Anstalt.

Die Mittel für die Einrichtung und den Unterhalt der Anstalt bilden:

1) die Unterstützungen, welche aus der livländischen Landescasse gewährt werden;
2) das Schulgeld der Hebammenschülerinnen;
3) Summen, die von zahlenden Patientinnen einlaufen.

III. Rechte der Anstalt.

1) Die Anstalt besitzt ein eigenes Siegel.
2) Sie ist berechtigt, den Schülerinnen Diplome zu ertheilen.

IV. Die Verwaltung der Anstalt.

1) Die Hebammenanstalt steht, als zum Ministerium des Innern gehörig, unter der Aufsicht der livländischen Gouvernementsverwaltung und der örtlichen Polizeibehörde.

2) An der Spitze der Anstalt steht ein Verwaltungsrath, welcher aus 3 Repräsentanten der Livländischen Ritterschaft, einem Delegirten des livländischen Aerztetages und dem Director der Anstalt besteht.

3) Die unmittelbare Leitung der Anstalt sowohl in medicinischer als auch in wirthschaftlicher Hinsicht steht dem Director derselben zu.

4) Der Director wird vom Verwaltungsrath ernannt.

5) Dem Verwaltungsrath liegt ob:
   a. die Vorstellung über die Bestätigung im Amt des Directors, sowie über die Entlassung desselben an die Gouvernementsregierung;
   b. die Bestätigung sämmtlicher vom Director erwählter Beamten des Instituts;
   c. die Feststellung der Zahlungen für Unterricht und Unterhalt der Schülerinnen, sowie für Unterhalt und Behandlung der zahlungsfähigen Wöchnerinnen und Patientinnen;
   d. die Vertretung der Anstalt sämmtlichen Behörden und Privatpersonen gegenüber, soweit solche nicht dem Director obliegt.

6) Dem Director liegt als Pflicht ob:
   a. die allgemeine Aufsicht über die Anstalt in ärztlicher sowohl, als auch in wirthschaftlicher Beziehung;
   b. die Aufnahme der Schülerinnen nach den P. V. 4 festgesetzten Bestimmungen;
   c. die Controle, erforderlichenfalls auch die Leitung des Hebammenunterrichts, an dem er sich theoretisch und practisch betheiligen muss;
   d. die Aufnahme und Entlassung der Schwangeren und Kranken;
   e. die Festsetzung eines Reglements für die Assistenten, sowohl in Betreff ihrer ärztlichen, als auch ihrer Lehrthätigkeit.

V. Specielle Regeln über die Aufnahme, den Unterricht und die Entlassung der Hebammenschülerinnen.

1) Der theoretische, sowie practische Unterricht ist dem Director und den ihm unterstellten Lehrkräften, bestehend aus 2 Aerzten und 1 Hebamme, anvertraut.

Anmerkung: Ueber sämmtliche an der Anstalt angestellte Beamte wird unverzüglich der Gouvernementsverwaltung, unter Vorstellung der bezüglichen Documente, berichtet.

2) Die Zahl der Schülerinnen ist auf 12 normirt, und zwar wo möglich auf 6 estnisch und 6 lettisch sprechende.

3) Aufnahme finden russische Unterthaninnen, ohne Unterschied des Standes, im Alter von 20—35 Jahren, welche der estnischen oder lettischen Sprache mächtig sind.

Anmerkung. Den Vorzug haben Personen bäuerlichen Standes, welche auf Kosten einer ritterschaftlichen Institution, einer Gemeinde oder einer Stadtverwaltung (im letzteren Falle auch Personen anderer Stände) im Institut ausgebildet werden sollen, oder von Aerzten als besonders für den Hebammenberuf geeignet empfohlen worden sind.

4) Diejenigen, welche in die Zahl der Schülerinnen einzutreten wünschen, müssen ein Gesuch an den Anstaltsdirector bis zum 15. Juli des betreffenden Jahres einreichen. Die Bittstellerinnen haben gleichzeitig vorzustellen:
   a. Aufenthaltsschein,
   b. Taufzeugniss,
   c. Sittenzeugniss,
   d. verheirathete Frauen die Einwilligung ihrer Männer.

5) Von den Schülerinnen wird Schreiben und Lesen der estnischen resp. lettischen Sprache verlangt, sowie die Elemente der Arithmetik. Personen, welche mit physischen Gebrechen behaftet sind, welche sie in der Ausübung ihrer Berufspflichten hindern könnten, werden nicht aufgenommen.

6) Die Schülerinnen haben für den vollen Unterrichtscursus nebst Verpflegung die Summe von 150 Rbl. in halbjährigen Raten pränumerando zu zahlen.

7) Der volle Cursus dauert ein Jahr und zerfällt in einen theoretischen und einen practischen Theil.

Anmerkung 1. Die Sommerferien werden practischen Uebungen gewidmet.

Anmerkung 2. Der practische Cursus zerfällt in die klinische und die poliklinische Thätigkeit, und zwar nach vorhergegangener Unterweisung in Kranken- und Wochenpflege, zuerst unter Leitung von Assistenten und Hebammen, schliesslich in selbstständiger Leitung poliklinischer Geburten.

8) Die Schülerinnen sind während des Cursus im Laufe des Jahres der Anstaltsobrigkeit unterstellt und können wegen Nachlässigkeit oder Auflehnung gegen die Vorgesetzten ausgeschlossen werden. Das eingezahlte Lehrgeld wird in diesem Falle nicht zurückerstattet.

9) Vor Schluss des Lehrcursus werden die Schülerinnen in Gegenwart des Directors einer vorläufigen Prüfung — «Tentamen» — unterworfen. Zum Abgangsexamen werden nur Schülerinnen zugelassen, die allen theoretischen wie practischen Anforderungen, namentlich in Bezug auf die Asepsis, genügen und mindestens 20 Geburten geleitet haben.

10) Das Abgangsexamen wird alljährlich durch ein Collegium, bestehend aus dem Director und den beiden Anstaltsärzten, vollzogen. Der Medicinalinspector und der Verwaltungsrath werden jedes Mal aufgefordert, dem Examen beizuwohnen.

11) Nach befriedigend absolvirtem Cursus und Schlussexamen erhält die Schülerin darüber ein vom Director und den beiden Assistenten zu unterzeichnendes Zeugniss — «Diplom» —, welches sie zur Ausübung des Hebammenberufes berechtigt.

(Fortsetzung folgt.)

Vermischtes.

— Der Medicinalrath hat eine besondere Commission, bestehend aus dem Director des Medicinaldepartements Dr. Ragosin, Prof. Dr. W. v. Anrep, Prof. Dr. W. Ssirotinin und dem Jurisconsulten des Medicinalraths J. Pljuschtschewski-Pljuschtschik, unter dem Vorsitz des Ober-Medicinalinspectors der Flotte Dr. Kudrin mit der Durchsicht der für die Homöopathen geltenden Gesetzesbestimmungen betraut.

— Am 22. October veranstaltete die Charkowsche medicinische Gesellschaft eine öffentliche Sitzung, welche dem Andenken ihres früheren Präsidenten, des verstorbenen Charkower Klinikers Prof. Laschkewitsch († 1888), gewidmet war. Unter den zahlreichen Gästen befand sich auch der Berliner Kliniker Prof. Leyden, welcher zur Consultation bei einem an einer Lungenentzündung schwer erkrankten reichen Kaufmann nach Charkow berufen war.

— Wie dem «Wratsch» aus Tomsk geschrieben wird, hat der Curator des dortigen Lehrbezirks, Prof. Dr. W. Florinski, diese Stadt auf immer verlassen.

— Vor Kurzem beging der Privatdocent für operative Gynäkologie an der Moskauer Universität, Dr. S. Sajaizki, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Verstorben: 1) Am 25. October in St. Petersburg der practische Arzt Dr. Michael Richter im Alter von 34 Jahren. Aus Tiflis gebürtig, bezog der Hingeschiedene im Jahre 1882 die Dorpater Universität, an welcher er sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1889 liess er sich als practischer Arzt in St. Petersburg nieder, wo er zugleich als Ordinator am städtischen Marien-Magdalenen-Hospital fungirte. — 2) Am 26. October zu Reval der dortige langjährige Arzt Dr. Carl Rogenhagen an einer Lungenentzündung im nahezu vollendeten 66. Lebensjahre. Der Heimgegangene stammte aus Pernau und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er mit Unterbrechung von 1853—58 studirte und der Corporation «Livonia» angehörte. Nachdem er im. J. 1860 die Doctorwürde erlangt, begann er seine ärztliche Thätigkeit als freipracticirender Arzt in Reval, bekleidete dann in der Zeit von 1866—86 den Posten eines Stadt- und Polizeiarztes und wurde durch das Vertrauen seiner Mitbürger auch zum Stadtverordneten erwählt. «Mit Rogenhagen» — sagt ihm die «Reval. Ztg.» nach — «ist eine ebenso originelle, wie bei allen, die ihm näher zu treten Gelegenheit gehabt, allgemein geschätzte und beliebte Persönlichkeit dahingeschieden und mit den trauernden Hinterbliebenen beklagt ein weiter Kreis von Freunden das plötzliche Hinscheiden des ihnen trotz seiner 66 Jahre noch in vollster Rüstigkeit und Lebenskraft entrissenen Mannes.» — 3) Am 24. Oct. wurde auf seinem Gute in der Krim beerdigt der im September in Jalta verstorbene ehemalige Professor der Augenheilkunde an der medico-chirurgischen Academie, Geheimrath Dr. Ed. Junge, 66 Jahre alt. Der Verewigte, welchem eine Anzahl tüchtiger Augenärzte ihre Ausbildung verdanken, hat auch das Verdienst, den Anstoss zur Errichtung selbstständiger Lehrstühle der Augenheilkunde an den Universitäten gegeben zu haben. Nach seiner Verabschiedung von der Academie (1882) bekleidete er den Posten des Directors der Petrowskischen landwirthschaftlichen Academie in Moskau, und zwar seit 1884 bis zu seinem Lebensende.

— Am 24. October verstarb hierselbst die Oberin der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern Elisabeth Karzow im hohen Alter von nahezu 76 Jahren. Die Verstorbene ist seit dem Krimkriege, also seit 43 Jahren, in fast allen Feldzügen Russlands als barmherzige Schwester thätig gewesen. Die St. Georgs-Gemeinschaft leitete sie seit der Gründung derselben i. J. 1870.

— Der Vorsteher der II. gynäkologischen Klinik an der Münchener Universität, Prof. extraord. Dr. Joseph Amann, ist in Anbetracht seines vorgerückten Alters auf sein Ansuchen dieses Amtes enthoben und die Leitung dieser Klinik dem Privatdocenten Dr. Joseph Amann einstweilen übertragen worden.

— In Kopenhagen wurde am 13. (25.) October ein Denkmal für den 1895 verstorbenen Arzt Hans Wilhelm Meyer feierlich enthüllt, welcher bekanntlich das Verdienst hat, zuerst die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der adenoiden Vegetationen gelenkt zu haben. Die Gedächtnissrede auf Meyer hielt im Namen des internationalen Comités für das Meyer-Denkmal der bekannte Laryngologe Sir Franz Semon (Deutsch-Engländer) aus London.

— Zu den Prüfungen vor der Regierungscommission behufs Erlangung des Arztgrades haben sich in St. Petersburg 141 Personen gemeldet, und zwar 139 Studenten der militär-medicinischen Academie und 2 ausländische Aerzte.

— Am 22. October vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. Nikolai Hagmann seine orthopädische Anstalt in Moskau eröffnete. In dieser Anstalt sind nach der «M. D. Ztg.» während des verflossenen Vierteljahrhunderts 5176 Personen behandelt worden und in der bei der Anstalt seit 10 Jahren bestehenden Schule für Massage und Gymnastik haben 279 Personen ihre Ausbildung in diesen Fächern erhalten. Dr. Hagmann, welcher zugleich Privatdocent an der Moskauer Universität ist, hält seit 1885 auch Vorlesungen über Orthopädie und Massage für die Studirenden der Medicin.

— Die Stadt Moskau erhält in nächster Zeit ein neues Kinder-Krankenhaus, welches seine Entstehung einem reichen Vermächtniss des verst. Moskauer Crösus W. E. Morosow verdankt. Laut Verfügung des Testators übernimmt der ältere Arzt des Moskauschen Wladimir-Kinderhospitals Dr. N. Alexejew von Anbeginn des Krankenhausbaues den Posten eines Oberarztes des neuen Hospitals.

— Wie ein hiesiges Blatt («Nowosti») meldet, wird in nächster Zeit vom Justizministerium ein Project geprüft werden, welches die Verbesserung der gerichtlich-medicinischen Expertise betrifft. Das Project schlägt vor, alle gerichtlich-chemischen und mikroskopischen Untersuchungen, welche jetzt in den örtlichen Medicinalverwaltungen ausgeführt werden, in Zukunft den Universitäten zu überweisen, wo die Professoren der gerichtlichen Medicin und ihre Assistenten diese Untersuchungen ausführen sollen.

— Die Pest in Wien und Ssamarkand. Man kann jetzt, nachdem keine weiteren Infectionen vorgekommen, wohl mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass die Befürchtung, es könnten die Fälle von Laboratiumspest in Wien eine wirkliche Epidemie nach sich ziehen, grundlos gewesen ist. Bezüglich der Vorgeschichte der Wiener Pestinfectionen bringt die «Berl. Klin. Wochenschr.» eine authentische Darstellung, aus welcher hervorgeht, dass die Arbeiten für die Pestforschung von zwei Assistenten des Professors Weichselbaum in einem abgesonderten Zimmer des pathologischen Instituts, weit entfernt von den Krankenzimmern, unter peinlichsten Vorsichtsmassregeln durchgeführt wurden. Alle Gegenstände, die in diesem Zimmer gebraucht wurden, alle Abfälle, die Laboratoriumsanzüge der Assistenten und Diener wurden nach dem Gebrauch desinficirt und verbrannt. Das Zimmer durfte ausser den dort Angestellten Niemand betreten und die Möglichkeit einer Uebertragung in die Krankenräume war sicher ausgeschlossen. Dr. Müller war bei den obenerwähnten Arbeiten in keiner Weise betheiligt. Auch die über den Laboratoriumsdiener Barisch verbreiteten Gerüchte, dass er ein Trunkenbold gewesen und sich im Rausche durch Unvorsichtigkeit inficirt habe, haben

sich nachträglich als unbegründet erwiesen. Alles was man über die Art, wie er zu der Infection gekommen, gesagt hat, sind blosse Vermuthungen. Die «Deutsche Med. Wochenschr.» weist auf die fundamentale wissenschaftliche Bedeutung hin, welche dieser traurige Vorfall der Pestinfection in Wien hat: es ist durch denselben unwiderleglich bewiesen, dass das Bacterium, welches man als Pestbacillus anerkannt hat, auch wirklich der alleinige Erreger der Pest ist, und dass ganz unabhängig von den örtlichen Verhältnissen, von der Beschaffenheit des Bodens und des Grundwassers, der Pestbacillus, wenn er Gelegenheit hat in den Körper einzudringen, auch im Stande ist, die Pest zu erzeugen. — Vom Pestschauplatze in Ssamarkand liegen bis jetzt keine neuere officielle Mittheilungen vor. Wie der Telegraph berichtet, ist der Präsident der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest, S. K. H. der Prinz Alexander von Oldenburg, am 26. October in Ssamarkand mit weitgehenden Vollmachten eingetroffen. So sind auf Allerhöchsten Befehl dem Prinzen in den Grenzen des ihm gewordenen Auftrages in Bezug auf die örtlichen Autoritäten jene Vollmachten gewährt, welche den revidirenden Senatoren zustehen, mit dem Rechte, für den Fall der Aufdeckung von Missbräuchen und Bestechlichkeiten seitens der Beamten (bis zur 4. Classe incl.) die Schuldigen zeitweilig vom Amte zu entfernen: ferner ist es ihm überlassen aus eigener Machtvollkommenheit eine bestimmte Ortschaft als pestverdächtig zu erklären und, behufs bester Ausführung des ihm gewordenen Auftrages, aus eigener Machtvollkommenheit Truppen aus einem Ort in den anderen zu dislociren. Zugleich ist es Sr. Hoheit anheimgestellt, aus dem Pestrayon solche Personen auf administrativem Wege zu verschicken, deren Verbleib von ihm als schädlich und hinderlich erkannt wird zur Ausführung des Allerhöchsten Willens Seiner Majestät. Bf.

— Vacanz. Es wird ein Arzt zur Leitung eines kleinen Krankenhauses von 8 Betten im Kreise Kamyschin (Gouv. Ssaratow) gesucht. Gehalt 1200 Rbl., welches allmählich (durch jährliche Zulagen von 50 Rbl.) auf 1500 Rbl. erhöht wird. Adresse: Камышинская Земская Управа.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. November 1898.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. November 1898.

Tagesordnung: Dr. Westphalen, Ueber diffuse idiopathische Oesophagusdilatation.

Дозв. ценз. Спб. 31 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.





XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 7. (19.) November 1898

Zur Diagnose und Therapie des Brustkrebses.

Von

Dr. A. v. Bergmann,

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetag in Wolmar).

M. H.! Wohl bei keiner Localisation des Krebses — wie gerade beim Brustkrebs — können wir in derart erfreulicher Weise die Fortschritte constatiren, welche die leidenden Menschen selbst in der Erkenntniss dessen gemacht haben, was zur möglichst schleunigen Beseitigung ihres Leidens noth thut.

Derartige vorgeschrittene Stadien von Mammacarcinom, wie sie den älteren von uns aus unserer Practikantenzeit her noch vor Augen stehen, die ausgedehnten krebsigen Geschwüre, die beträchtlichen Axillardrüsenmetastasen, die mehr oder weniger ausgedehnte Betheiligung der Vena axillaris oder subclavia — alle diese traurigen Bilder der durch den Krebs gesetzten Verheerungen — sie sind jetzt zu den Seltenheiten geworden.

Von 53 Mammaamputationen, die ich bis zum 1. Januar 1896 an der chirurgischen Abtheilung gemacht hatte, habe ich geschwürigen Zerfall in 7 Fällen, Apfelgrösse des Tumors und darüber in 18 Fällen constatiren können. Auch bei der bäuerlichen Bevölkerung und beim ärmsten Proletariat Rigas scheint die Indolenz der Bevölkerung dem Brustkrebs gegenüber in sichtlicher Abnahme sich zu befinden.

Viel häufiger als vor die Entscheidung, ob der vorliegende Tumor noch überhaupt operabel ist, sieht man sich heut zu Tage vor die Frage gestellt: ist die präsentirte Brustdrüsenerkrankung Krebs, oder liegt nur ein chronisch entzündlicher Process resp. eine gutartige Neubildung vor? Die Entscheidung dieser Frage ist folgenschwer, denn erfolgt sie im Sinne einer bösartigen Neubildung, so involvirt sie für den Kranken oder richtiger die Kranke, da das Carcinom der männlichen Brustdrüse seiner Seltenheit wegen kaum in Betracht kommt — den Verlust der ganzen erkrankten Brust nebst dem sämmtlichen Axillarfett. Eine partielle Exstirpation darf es dem Carcinom gegenüber nicht geben. Stellen wir also die Diagnose Carcinom — und die Diagnose kann vor der Operation leider nur klinisch gestellt werden — so ist als unabweisliche Consequenz die Verstümmelung in der eben angeführten Weise unbedingt erforderlich.

Die Thatsache, dass in etwa 80 pCt. der Fälle von Tumoren der weiblichen Brust es sich um Carcinom handelt, hilft uns nicht über das Dilemma hinüber, in dem vorliegenden Fall durch die frühzeitige Operation ein Organ zu entfernen, in dem der pathologische Anatom event. die Diagnose Carcinom nicht zu bestätigen vermag, oder durch Abwarten unzweideutiger Anzeichen des Carcinoms die günstigste Zeit für die Operation vorüberzulassen. Denn je später wir operiren, desto grösser wird die Wahrscheinlichkeit des Recidivs.

Billroth sagt: «wenn sich bei Frauen jenseits 35 Jahren Geschwülste von fester Consistenz in der Brustdrüse entwickeln und fortwachsen, so sind es meist Carcinome. Dies wird unzweifelhaft, wenn die Geschwulst in der Drüsensubstanz unbeweglich ist, wenn die Achseldrüsen schwellen und hart werden, wenn die Geschwulst mit der Haut verwächst und ulcerirt.»

Ich habe in mehreren Fällen alle diese Bedingungen — allerdings die allerletzte ausgeschlossen — vorhanden gefunden, oder nach einander in die Erscheinung treten sehen; ich habe dann operirt und der pathologische Anatom hat die Diagnose Carcinom nicht bestätigt, sondern blos das Vorhandensein entzündlicher Erscheinungen — eine chronische Mastitis — zugestanden. Nun braucht ja die pathologisch-anatomische Diagnose nicht richtig zu sein. Es ist bekannt, dass die Frühstadien des Carcinoms mitunter für Erscheinungen rein entzündlicher Natur imponiren können und auch eine dahingehende pathologisch-anatomische Würdigung erhalten bis der Verlauf es zeigt, dass die richtige Diagnose auf

Grund der klinischen Erscheinungen gestellt worden war. — In keinem meiner Fälle dieser Kategorie ist bisher ein Recidiv eingetreten, es steht also die Entscheidung einstweilen aus, ob die klinische oder die pathologisch anatomische Diagnose Recht gehabt hat.

Die benignen Geschwulstformen der Mamma sind entweder sehr selten: wie die einfache Hypertrophie und die Lipome, oder sie kommen vorwiegend dem jüngeren Lebensalter zu, wie die Fibro- und Cystoadenome.

Von den malignen Tumoren werden die rasch wachsenden Sarcome fast ausschliesslich in jüngeren Jahren, ja bei ganz jungen Mädchen bereits gefunden. Allerdings kommen auch bei älteren Individuen rasch wachsende Tumoren — Mischformen von Carcinom und Sarcom — vor, wie sie namentlich Billroth beschrieben hat. Diese Fälle werden über ihre Malignität nie einen Zweifel aufkommen lassen, wenn sie auch pathologisch-anatomisch nicht leicht zu classificiren sind.

Einen interessanten derartigen Fall operirte ich im Juni 1895.

Der 34jährigen Frau war bereits im August 1893 ein faustgrosser, gut abgrenzbarer Tumor in der linken Brust exstirpirt worden, welcher sich 15 Jahre lang allmählich entwickelt hatte und als Adenom angesehen wurde.

Im März 1895 — während Pat. sich im 7. Monat der Gravidität befand — trat in derselben Brust ein neuer Tumor auf, der rasch wuchs und bei der am 2. Juni erfolgten Aufnahme eine über mannskopfgrosse Geschwulst mit buckelförmigen Vorragungen und zwei geschwürigen Durchbrüchen präsentirte.

In Anbetracht des relativ jugendlichen Alters, des raschen Wachsthums, des Unbetheiligtseins der Axillardrüsen nahm ich Sarcom der Brustdrüse an, exstirpirte den Tumor weit in der gesunden Umgebung, wobei ich den ganzen M. pectoralis mit fortnahm, die Axilla ausräumte und den gewaltigen Defect durch eine ausgedehnte plastische Operation schloss. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Cylinderepithelkrebs mit blos hyperplastischer Veränderung der axillaren Lymphdrüsen.

Im Juli 1897 trat die Kranke wieder in meine Abtheilung ein, sie war an der operirten Seite recidivfrei geblieben. Die rechte Mamma hatte jetzt einen harten, kinderfaustgrossen Tumor, der rasch gewachsen war. Die Axilla enthielt auch dieses Mal keine palpabeln Drüsen.

Im Hinblick auf die sehr suspecte Beschaffenheit des Tumors und mit Berücksichtigung der Vorgeschichte der Kranken, sowie des Factums, dass Billroth angiebt, «nicht so selten» eine spätere Erkrankung der zweiten Mamma an Carcinom beobachtet zu haben, veranlassten mich hier ausgiebig im Gesunden zu operiren.[1])

Die pathologisch anatomische Diagnose lautete jedoch Adenoma acinosum, vindicirte somit dem klinisch sich als höchst suspect darbietenden Tumor einen ganz harmlosen Character. Trotzdem, muss ich gestehen, habe ich das Gefühl der Beruhigung, dass ich so radical wie möglich den Tumor und seine Umgebung entfernt habe.

In einem anderen im März 1892 operirten Fall musste ich leider die gegentheilige Erfahrung machen.

Es handelte sich hier um eine 39jährige Frau von blühendem Aussehen, der ich einen apfelgrossen, gut begrenzten, Flüssigkeit enthaltenden Tumor aus dem oberen Segment der rechten Mamma entfernte. Er erwies sich als mehrkammerige Cyste, die leicht getrübte seröse Flüssigkeit enthielt und innerhalb 8 Monaten von einer wallnussgrossen Verhärtung bis zu dieser Grösse sich entwickelt hatte. Es waren keine Axillardrüsen zu fühlen.

Ich habe keinen Augenblick gezweifelt, dass von einer malignen Neubildung hier nicht die Rede sein konnte. Bereits im October desselben Jahres präsentirte sich Patientin mit je einer Verhärtung über und unter der Mamilla, welche vor 3 Monaten etwa sich bemerkbar zu machen begonnen hatten. Axillardrüsen waren auch jetzt nicht zu palpiren. Nun wurde die ganze Mamma entfernt, allein schon im Mai 1893 hatte Patientin ein locales Recidiv, das in einem 6 Ctm. langen und 4 Ctm. breiten ulcerirten in der Tiefe angelötheten Tumor bestand. In ausgiebigster Weise wurde nun alles Kranke weit im Gesunden entfernt. Die Axilla, in der auch jetzt keine Drüsen zu palpiren waren, wurde sorgfältig ausgeräumt und der ungemein ausgedehnte Defect durch eine grosse Plastik geschlossen. Patientin hat sich darauf volle zwei Jahre völlig wohl befunden. Erst im November 1895 stellte sie sich mir vor mit der Angabe, dass sie seit dem Sommer Husten und Schmerzen in der rechten Seite habe. Eine Anzahl kleiner steinharter Supraclaviculardrüsen bewies, was diese Schmerzen und das leise pleurale Reiben, das man hörte, zu bedeuten hatten. Einige Monate später ist denn auch Patientin ihrem Pleuracarcinom erlegen. Im Bereich der Narben war kein Recidiv aufgetreten.

M. H.! Ich möchte Sie nicht weiter mit Krankengeschichten ermüden.

Hervorgehoben müssen jedoch noch ganz besonders jene Fälle werden, wo neben leichter Intumescenz der Brustdrüse heftige locale und ausstrahlende Schmerzen die Kranke quälen und dadurch eine stete Carcinomfurcht unterhalten. Die Acten darüber, in wie weit bei diesen Zuständen chronisch entzündliche oder blos congestive neuralgische Vorgänge eine Rolle spielen, sind noch nicht geschlossen. Es scheint, dass diesem Leiden am meisten unverheirathete oder kinderlose Frauen, und zwar vorwiegend aus den besser situirten Classen, unterworfen sind. Die Art der Schmerzen lässt unbedingt den Gedanken an Carcinom wach werden, manchmal imponirt auch eine Stelle der Brustdrüse beim ersten Zufassen als Verhärtung, allein palpirt man die Brustdrüse — wie das Billroth empfohlen hat — nun in anderer Richtung, sucht sie mehr flach zu fassen, so ist die einen Tumor vortäuschende Verhärtung geschwunden.

Derartige Brustdrüsen erscheinen öfters grösser und derber als die der anderen Seite, jedoch fühlt man beim Palpiren keine abnorme Resistenz oder Verhärtung sich von der übrigen Drüsenmasse abheben, auch hat jeder Drüsenabschnitt sein, wenn auch weicheres und kleineres Pendant oder Analogon an der anderen Brust.

Meist sind gar keine Axillardrüsen zu fühlen. Oder die Drüsen sind beiderseits gleich intumescirt.

Die beste Behandlung dieser Zustände besteht in der Application Priessnitz'scher Umschläge, Schutz der Brust durch eine leichte Wattelage und Hochlagern derselben in einem gut sitzenden Corset. Sehr wichtig ist die psychische Beruhigung der in steter Carcinomfurcht schwebenden Kranken.

Eine fortgesetzte Controlle dieser Fälle ist jedoch unerlässlich, denn wenn auch die Mehrzahl allmählich die Beschwerden verliert und keine weiteren Veränderungen der Brustdrüse Platz greifen, so entwickelt sich doch bei anderen im weiteren Verlauf ein Carcinom. Seine Entstehung entdeckt man an dem Erscheinen einer Resistenz, die, in welcher Richtung man auch die Drüse palpirt, stets die gleiche bleibt und zu der man an der anderen Brust, trotz sorgfältigsten Vergleichs kein Analogon finden kann.

Diese Resistenz wird härter, es lassen sich eine oder ein paar härtere Drüsen in der Axilla nachweisen. Hierbei sei hervorgehoben, dass Volkmann bei Carcinom am inneren Segment einer Brustdrüse die Drüsen der entgegengesetzten Axilla hat carcinomatös erkranken sehen!

Nun fängt die Verhärtung an etwas weniger verschieblich zu werden. Hat man successive die erwähnten Veränderungen verfolgen können, dann erscheint der Moment gekommen, wo dringend zur Operation gerathen werden muss. Meist wird die pathol.-anatom. Bestätigung der Diagnose Carcinom in diesen Fällen nicht ausbleiben, wo sie nicht erlangt werden konnte, braucht man sich der Operation wegen keinen Vorwurf zu machen. Billroth u. A. betonen, dass es eine Anzahl von Tumoren giebt, bei denen man lieber zur Radicaloperation schreitet, als durch längeres Zuwarten die Diagnose allerdings absolut feststellt, aber die Chancen für eine Radicalheilung um so fraglicher gestaltet. Der Grund wesswegen die Exstirpation jeder auf Carcinom verdächtigen Neubildung der Mamma möglichst bald

[1]) Poulson, Langenb. Arch. 42 p. 593. hat unter 280 Fällen von Mammacarcinom 11 Mal auch die 2. Mamma erkrankt gefunden.



vorgenommen werden soll, ist in dem reichen Lymphgefässsystem dieses Organs zu suchen und in der dadurch bedingten Möglichkeit einer raschen Verschleppung von Krebskeimen in entferntere Gebiete. Giebt es doch Fälle, in denen schon 6 Monate nach dem Auftreten der ersten Verhärtung multiple Metastasen in den inneren Organen den Tod herbeiführten. Von einem operativen Vorgehen wäre hier ja selbstredend nur in den allerersten Anfängen des primären Tumors etwas zu erwarten gewesen.

Den Arbeiten von Sappey, Heidenhain, Stiles, Grossmann u. A. sind unsere heutigen Kenntnisse über die Lymphbahnen der weiblichen Brustdrüse zu danken.

Im Plexus sousaréolaire Sappey's ist die Bedingung gegeben, für die Erkrankung der Mamilla, wenn dieselbe bei einem irgendwo in der Brustdrüse sitzenden Krebsknoten zurückgelassen wird. Die Mamilla also und ein mehr oder weniger breiter Streifen der sie umgebenden Haut müssen fort, soweit diese durch die sog. Cooper'schen Ligamente — verschieden stark entwickelte bindegewebige Züge — mit der Brustdrüse selbst in engerem Connex steht. Stiles hat in diesen, sowie in ihren entsprechenden Insertionsstellen im Corium Krebsknötchen gefunden. Fort muss die ganze von Lymphbahnen reichlich durchzogene Mamma, ferner im Zusammenhang mit derselben das Fettlager, welches die zu den Axillardrüsen ziehenden Lymphgefässe umgiebt. Damit im Zusammenhang kommt dann in Wegfall eine grössere ziemlich constant hinter dem M. pectoralis major der 3. Serratuszacke aufsitzende Lymphdrüse, dann das ganze Axillarfett mit den in denselben enthaltenen Drüsen. Die Entfernung des Axillarfettes geschieht nicht sowohl in der Furcht, es möchte die Krebswucherung die Drüsenkapsel durchbrechen und das Fett inficirt haben. Diese Möglichkeit scheint nach den Untersuchungen von Ioerss selten und nur in den vorgeschrittensten Fällen einzutreten. Sondern die sorgfältige Ausräumung der Achselhöhle ist deswegen so gründlich erforderlich, weil mit der Fettauslösung in toto die Garantie für die Entfernung sämmtlicher Lymphdrüsen gewährleistet ist, deren Zahl nach den Untersuchungen Grossmann's von den Autoren bisher viel zu gering geschätzt worden ist.

Eine Infection der supraclaviculären Drüsen erfolgt relativ spät und würde nur in den vorgeschrittenen Fällen in Frage kommen. Eine besondere Beachtung verdient der Raum hinter dem Pectoralis minor, wo sich mitunter früh schon ein Zug inficirter Drüsen finden kann. Grossmann hat zwischen dem M. pectoralis major und minor, wenn auch in einem geringen Procentsatz der Fälle, Lymphstränge mit einzelnen Drüsen gefunden.

Ein wichtiges Interesse beansprucht endlich der retromammäre Raum, mit seinem lockeren Zellgewebe, seinem wechselnden Fettlager und seiner grossen Anzahl von Lymphgefässen. Heidenhain hat nachgewiesen, dass früh schon die Lymphgefässe eine Verschleppung von Krebskeimen in die diesen Raum nach hinten abschliessende Fascia pectoralis besorgen. Der innige Zusammenhang dieser Fascie mit dem Muskel hat dann zu der Consequenz geführt, dass auch die Unterlage dieser Fascie, d. h. zunächst die oberflächlichste Schicht des M. pectoralis zu entfernen sei.

Rotter ist endlich noch einen Schritt weitergegangen und proponirt die Entfernung des Pect. major bis auf seine Clavicularportion. Diesem Vorschlag, der auch von Heidenhain acceptirt worden, wird von Grossmann der Vorwurf gemacht, dass er nicht radical genug sei. Gerade die Clavicularportion des Pectoralis müsse fort, weil sie den Zugang zur Infraclaviculargegend und ihren Drüsen decke und die radicale Ausräumung derselben verhindere. Das übliche Beiseiteziehen des Muskels durch Haken verwirft Grossmann gänzlich, da der Infraclavicularraum dadurch dem Auge nicht genügend zugänglich gemacht werde.

Die Vertheidiger der principiellen Entfernung des M. pect. major lassen die gegen ihr Vorgehen erhobenen Einwände nicht gelten. Die Blutung sei sogar geringer, weil der Muskel an seinen Insertionen abgelöst wird. Die plastische Deckung des Defects mache geringere Schwierigkeiten, weil die ganze vorspringende Masse des grossen Brustmuskels beseitigt worden. Die Beeinträchtigung der Function sei nicht so arg, wie man sich das vorzustellen geneigt sei.

Und was die Entstellung anbeträfe, so müsse darüber die grössere Wahrscheinlichkeit recidivfrei zu bleiben, hinweghelfen. Wie steht es nun aber mit diesem grösseren Schutz vor Recidiven bei den mit Exstirpation des M. pectoralis Operirten?

Die Berichte von Halsted, Rotter und Cheyne sprechen von 60—90 pCt. Heilungen. Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass die Zahl der Fälle an sich keine grosse, dass die an inneren Metastasen zu Grunde Gegangenen zum Theil gar keine Berücksichtigung gefunden haben und dass der Zeitraum von 3 Jahren, der in maximo seit dem Tage der Operation bei diesen Fällen verflossen war, ein zu geringer ist, um für die neue Operationsmethode ein so gewaltiges Plus von definitiven Heilungen herauszurechnen.

Joerss hat 92 Fälle der Greifswalder Klinik zusammengestellt, von denen 57 Fälle vor dem 1. Oct. 1890, 35 Fälle seit jener Zeit und zwar nach dem Vorschlage Heidenhain mit mehr oder weniger ausgedehnter Abtragung des M. pectoralis operirt worden waren, auch bei diesen 35 Fällen sind mindestens 3 Jahre seit dem Tage der Operation verflossen.

Joerss rechnet nun zu Gunsten der radicalen Operationsmethode ein Plus von 17,9 pCt. definitiver Heilungen heraus.

Die Differenz stellt sich jedoch anders, wenn man die an inneren Metastasen Gestorbenen nicht unter die erfolgreich Operirten rechnet, sondern blos die definitiv Geheilten und die an intercurrenten Krankheiten inzwischen Verstorbenen in eine Gruppe nimmt. Dann hat man 29,8 pCt. Heilungen nach der alten und 31,4 pCt. Heilungen nach der neuen Methode, der Unterschied ist denn doch kein allzugrosser.

Immerhin müssen wir sagen, dass wir mit der Erkenntniss der Verbreitungswege des Carcinoms, mit der Sorgfalt der Entfernung alles Krankhaften und entsprechend dem früheren Zeitpunct, an dem sich die Kranken zur Operation stellen, zu immer besseren Resultaten vorgeschritten sind.

Noch 1888 behauptete Hodges, dass wenn man 10 Jahre als Beobachtungsdauer der Operirten annehme, so sei noch keine Frau durch die Operation von ihrem Mammacarcinom definitiv geheilt.

So traurig ist es denn nun doch nicht mit den Dauererfolgen der operativen Behandlung bestellt.

Von 4,7 pCt. Dauerheilung, die v. Winiwarter und Billroth für die Operation der Mammacarcinome berechneten, sind wir bis 42,1 pCt. als Durchschnittszahl der neuesten Statistiken gekommen. Allerdings bedarf diese günstige Ziffer einer Reduction, weil der Mehrzahl der ihr zu Grunde liegenden Fälle Einiges an dem Hodges'schen Zeitmaass fehlt. Aber rechnen wir auch einen erklecklichen Procentsatz für diese Reduction ab, so haben wir immer ein Resultat, das keineswegs dem Pessimismus Hodge's entspricht.

Vom Mai 1890 bis zum heutigen Tage habe ich an der chirurgischen Abtheilung des städtischen Kranken-

hauses zu Riga einige 90 Mammaamputationen gemacht. Ich berichte Ihnen heute nur über 53, bei denen mindestens 3 Jahre seit dem Tage der Operation verflossen sind.

Von diesen 53 sind 2 im Anschluss an die Operation gestorben:

1 Kranke einen Monat nach der Operation an chronischer Nephritis, nachdem die Wunde bereits verheilt war;

1 Kranke an Sepsis.

Ohne Nachrichten bin ich geblieben von 17 Fällen, die in Wegfall kommen, dazu wären dann noch 2 Fälle zu rechnen, in denen die pathol.-anatom. Untersuchung die klinische Diagnose nicht bestätigt hat.

Somit hätten wir 34 verwerthbare Fälle, von denen 2 im Anschluss an die Operation gestorben sind		6 pCt.
An intercurrenten Krankheiten sind gestorben	4	11.8 »
An inneren Metastasen gestorben . . .	5	14,7 »
(darunter 2 Fälle, in denen der Exitus 7 und 5 Jahre nach der Operation erfolgte.)		
Recidive haben bekommen und sind daran zu Grunde gegangen	6	17,7 »
Gegenwärtig leben und sind gesund .	17	50 »

Wollte ich die intercurrent und an inneren Metastasen Verstorbenen hinzu rechnen, so würde ich ca. 80 pCt. Erfolge verzeichnen können, also den Statistiken Rotter's, Halsted's und Cheyne's nicht nachstehen, ohne principiell den ganzen M. pectoralis fortgenommen zu haben. Selbstverständlich darf er nicht geschont werden, wo das Carcinom ihm angelöthet ist. Wir müssen ausgiebig im Gesunden alles Kranke entfernen, wie weit wir dabei zu gehen haben, muss der jeweilige Fall bestimmen.

Operiren wir rationell und operiren wir namentlich früh, dann können wir die Prognose bei dem so gefürchteten Brustkrebs relativ günstig stellen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ludwig Heim: Lehrbuch der Bakteriologie. Stuttgart, Enke 1898. 2. Auflage.

Obgleich es schon zahlreiche gute Lehrbücher über Bakteriologie giebt, muss das Heim'sche Buch zu den vorzüglichsten seiner Art gerechnet werden. Nicht nur der Ungeübte findet gute Führung bei seinen ersten Schritten in der bakteriologischen Untersuchung sondern auch der Erfahrene wird das Buch gern benutzen. Zahlreiche Literaturangaben ermöglichen ausserdem das Bekanntwerden mit der speciellen bakteriologischen Literatur. Im ersten Theil werden in sehr klarer Weise die Ausführung der bakteriologischen Untersuchungen und ihre Hülfsmittel besprochen. Es folgt die allgemeine Beschreibung der Form und Lebenseigenschaften der Bakterien und darnach ihre Classification mit besonderer Berücksichtigung der medicinisch wichtigen Arten.

Der nächste Abschnitt behandelt den Nachweis der Krankheitserreger in der Leiche, in den einzelnen Körpertheilen und in den Secreten und Excreten. Ebenso wird eine Anleitung zur Untersuchung von Luft, Boden, Wasser, Milch, Fleisch, Würsten und Kleidung gegeben. Anhangsweise werden sehr dankenswerthe Winke zur Einrichtung bakteriologischer Arbeitsstätten und für mikrophotographische Aufnahmen gegeben. Eine riesige Fülle von Material ist in gefälliger Form zu interessanter Darstellung gebracht. Der moderne Arzt wird ein solches Buch nicht missen können. Zahlreiche vorzügliche Abbildungen erleichtern ungemein das Verständniss und gereichen wie die ganze Ausstattung dem Enke'schen Verlag zur Ehre. B.

Prof. Dr. Eduard Lang: Der Lupus und dessen operative Behandlung. Mit 67 Figuren. Wien. Verlag von Jos. Safár. 1898. 136 Seiten.

Unter den vielen Behandlungsmethoden bei Lupus verdient bis jetzt die Exstirpation mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch einen hervorragenden Platz, obgleich auch diese Methode nicht ganz vor Recidiven schützt und ist es ein besonderes Verdienst Lang's, dieselbe warm befürwortet zu haben. In der vorliegenden Monographie, die nicht nur die Therapie sondern die ganze Lupusfrage in kurzer, klarer Form vom Verf. dargelegt bringt, findet der Leser Alles, was in den letzten Jahren Neues über Lupus mitgetheilt worden und können wir dieses Buch den Collegen besonders gern empfehlen. Die Abbildungen sind äusserst instructiv und mit grosser Sachkenntniss ausgewählt. Verf. giebt zum Schluss einen Ueberblick über 52 von ihm operirte Fälle, mit wirklich überraschenden Erfolgen, obgleich auch er in 10 Fällen (von 27 länger unter Beobachtung gebliebenen Personen) Recidive in loco beobachtet hat.

Durch die neuen Behandlungsmethoden, die jedoch erst in der Ausbildung begriffen (Roentgen-Strahlen, resp. Finsen's Phototherapie) wird in allernächster Zeit der Lupus und seine Therapie wieder in den Vordergrund der Tagesfragen treten, und da verdient diese vorzügliche Arbeit Lang's besondere Beachtung bei Jedem, der sich für diese Frage interessirt. P.

Dr. Leredde (Paris): L'Eczema (Maladie parasitaire) nature, pathogenie, diagnostic et traitement. Paris, Masson et C-ie 1898. 40 pages. Prix 1 fr. 25.

Diese kurze Monographie bildet № 7 der von Dr. Critzmann herausgegebenen «Suite de Monographies, Cliniques sur les Questions nouvelles en Medicine, en Chirurgie, en Biologie», ein Unternehmen nach dem Muster der «Wiener Klinik» etc. In kurzen Zügen (vielleicht gar zu aphoristisch) wird die Geschichte, Classification, pathologische Anatomie und Aetiologie besprochen, wobei Verf. sich der Anschauung Unna's anschliesst, dass das Eczem eine durch Micrococcen bewirkte parasitäre Krankheit sei. Und dieses tritt auch im Capitel der Therapie wieder deutlich hervor. Durchaus störend sind die Recepte in französischer Sprache, die den besten Beweis dafür bieten, dass nur lateinisch geschriebene Recepte allgemein verständlich, dagegen ein Recept, wie das nachfolgende:

Benzoate de soude 2 à 5 gr.
Bicarbonate de soude 12,
Sp. funneterre }
Sp. gentiane } aa 150 gr.
Sp. saponaire }

nicht allen Collegen verständlich sein wird, umso weniger Pharmaceuten ausserhalb Frankreichs.

Im Uebrigen bietet die Broschüre nichts Neues und würden wir die Lectüre der Capitel in den meisten neuen Handbüchern vorziehen. P.

Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie Band VIII 3. Theil. Prof. Dr. M. Litten: Die Krankheiten der Milz und die haemorrhagischen Diathesen. (Wien 1898. A. Hölder).

Es war ganz gewiss keine leichte Aufgabe die Krankheiten der Milz in handbuchmässiger Bearbeitung zu bringen, da die Veränderungen der Milz meistentheils nur als Symptom verschiedener Erkrankungen auftreten und relativ selten eine grössere Selbstständigkeit erreichen. Diese Aufgabe hat nun der hochverdiente Auter in mustergültiger Weise ausgeführt. In der Einleitung erläutert er zunächst die Methoden der physikalischen Untersuchung des Organs und giebt einen kurzen Abriss seiner Physiologie. Im Anschluss daran werden die Bildungsfehler und Anomalien der Milz eingehend abgehandelt, insbesondere die Wandermilz einer detaillirten Besprechung unterzogen. Besonders ausführlich bespricht dann Verfasser den Infarct, den Milztumor bei verschiedenen Infectionskrankheiten und bei der Leukämie und Pseudoleukämie. Etwas kürzer sind die Milztuberkulose, sowie die luetischen Affectionen der Milz abgehandelt, den Schluss bildet die Beschreibung der bösartigen Tumoren.

In recht anschaulicher und fesselnder Darstellung sind die hämorrhagischen Diathesen ausgeführt. Autor trennt dieselben in den Scorbut, die Haemophilie und den Morbus maculosus Werlhofii mit den Nebenbezeichnungen Purpura simplex und Peliosis rheumatica, da er auf dem stricten Standpunkt steht, dass es sich bei den einzelnen Purpuraerkrankungen lediglich um graduelle Unterschiede handelt. Bezüglich der Pathogenese des Scorbut sucht Verf. eine Vermittelung zwischen den beiben sich gegenüberstehenden Theorien zu erzielen, indem er das Leiden als eine nicht contagiöse Krankheit auffasst, die durch einen Mikroorganismus hervorgerufen wird, welcher in einem kaliarmen Körper den günstigen Boden für seine Entwicklung findet. Wir können nicht näher auf den speciellen Inhalt eingehen; die Darstellung des ganzen Stoffes zeichnet sich durch viele originelle Ideen und Befunde aus, gleichzeitig berücksichtigt sie in ausgiebigster Weise die betreffende Literatur. Die Ausstattung des Werkes ist tadellos.

Abelmann.



Dr. C. H. Stratz: Die Schönheit des weiblichen Körpers. Den Müttern, Aerzten und Künstlern gewidmet. Verlag von F. Enke in Stuttgart. 1898. 195 Seiten gr. Octav.

Schicklichkeit und Sitte bringen es mit sich, dass der moderne Mensch fast garnicht mehr Gelegenheit hat, sich durch directe Naturbeobachtung mit den Formen des menschlichen Körpers bekannt zu machen. Unser Urtheil über die Schönheit desselben beruht daher nicht auf naturgetreuen Vorstellungen, sondern wird durch die Täuschungen, welche Kleidung, Corsets und Schuhe bewirken, gefälscht und zur Schaffung unnatürlicher Schönheitsideale verleitet. Es kommt noch hinzu, dass die Schöpfungen der modernen, nach gewissenhafter Wiedergabe der individuellen Gestalt strebenden Künstler häufig solchen Modellen entlehnt sind, die, ohne dass der Künstler es weiss, an Schönheitsfehlern leiden, welche durch mangelhafte Ernährung, tuberculöse Veranlagung, Reste von Rachitis und andere pathologische Momente bedingt sind. Mit aus diesem Grunde leiden die Idealgestalten der Kunst unseres fin de siècle oft an Schönheitsfehlern, und tragen so zur Verbildung des guten Geschmackes bei.

Es ist deshalb ein verdienstliches Unternehmen des Verfassers, der seinem Beruf nach Frauenarzt ist, zu zeigen, dass vom anthropologischen und medicinischen Standpunkt das antike Schönheitsideal auch heute noch zu Recht besteht. Denn die aus anthropologischen Messungen und anatomischen Beobachtungen sich ergebende wissenschaftliche Normalgestalt des Menschen, und speciell des weiblichen Körpers fällt, wie der Verfasser nachweist, mit der künstlerischen Idealgestalt zusammen. Das gilt nicht nur für die allgemeinen Proportionen der grossen Körperabschnitte, sondern findet seine Bestätigung auch bei der Analyse der einzelnen Körpertheile vom Standpunkt des Anatomen und Arztes. Alles was den Stempel normaler Bildung und blühender Gesundheit trägt, entspricht auch dem idealen Schönheitsbegriff, welcher durch die Antike in unvergänglicher Reinheit fixirt ist. Zahlreiche Photographien lebender Figuren, die dem Text eingefügt sind, zeigen, dass Frauengestalten, die den strengsten Schönheitsforderungen genügen, auch heute nicht so selten sind, wie Viele meinen.

Da Schönheit und Gesundheit zusammenfallen, ist es die Aufgabe der Mütter und der Aerzte, auch für die wohlverstandene Schönheit des menschlichen Körpers zu sorgen. Ihnen, soweit sie hierfür Sinn und Verständniss haben, sei das Buch bestens empfohlen.

D—o.

Thorkild Rovsing: Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane. Berlin 1898 Verlag von Oscar Coblentz.

Dieses nicht genug zu empfehlende Buch ist eines der erfrischendsten, das Ref. in den letzten Jahren gelesen hat. Ein sehr reiches Material ist vom Verf. in ausführlichster und zuverlässigster Weise allseitig verarbeitet worden; das Resultat ist eine Fülle von neuen Thatsachen und Gesichtspunkten, die in der That das vielfach noch so dunkle Gebiet der infectiösen Krankheiten der Harnorgane nach vielen Richtungen aufklären. Die Schlussfolgerungen, die Verf. aus seinen mühsamen Untersuchungen zieht sind daher so fest begründet, dass sie kaum anzufechten sind. Das Erfrischende des Buches liegt aber nicht nur in der Selbstständigkeit des Urtheils und der Begründung des Urtheils durch positives Material, sondern auch in der strengen Logik, mit der Rovsing seine Gegner, zu denen hauptsächlich Guyon mit seiner Schule gehört, in eine nichts weniger als beneidenswerthe Position drängt; auf Schritt und Tritt weist er ihnen unerbittlich Oberflächlichkeit der Beobachtung, Leichtfertigkeit des Urtheils und Mangel an Kritik nach, ohne doch persönlich gehässig zu werden. So kämpft ein überlegener Gegner, der seiner Sache ganz sicher ist.

Wir empfehlen das hervorragende Werk allen Interessenten zu eingehendem Studium.

Wanach.

Prof. Dr. Fr. Schulze: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Erster Band. Stuttgart. Verlag Ferdinand Enke. 1898.

Als einer der besten Kenner und Lehrer der Nervenkrankheiten hat der auf diesem Gebiete zur Genüge bekannte Bonner Professor sich erst jetzt dazu entschlossen ein eigenes Lehrbuch derselben «vom Stapel zu lassen». Schade! Wir hätten es gerne schon früher begrüsst. — Solche Bücher sind lebensfähig und erheischen gewöhnlich stets neue Auflagen. Das Lehrbuch ist auf zwei Bände berechnet. Der vorliegende erste enthält die destructiven Erkrankungen des peripheren Nervensystems, des Sympathicus, des Rückenmarks und seiner Häute; es sind das also die Lähmungen, die Neuritiden, Polyneuritiden, Nervengeschwülste, chronischen und acuten Krankheiten des Rückenmarks. Der Text wird durch 53 z. Th. farbige Figuren erläutert und am Schluss finden sich noch 4 Tafeln in Farbendruck. Die Bearbeitung weicht in manchen Beziehungen von ähnlichen Lehrbüchern ab. Der Diagnose und dem anatomischen Befunde ist die grösste Aufmerksamkeit gewidmet, der Aetiologie ist möglichste Gerechtigkeit widerfahren und in der Therapie wird schneidige Kritik geübt und wahre Münze geboten. Die nüchterne Art zu beobachten, bringt den Verfasser zu manchen recht treffenden Bemerkungen und Aeusserungen, die als solche sich dem Gedächtniss gut einprägen und den Text beleben. Hypothetisches ist möglichst vermieden, das Sichere aber auf seinen Platz gestellt. Das Buch kann dem wissenschaftlich gebildeten Practiker und dem werdenden Arzt als feste Grundlage für das Studium der Nervenkrankheiten bestens empfohlen werden. Die früheren Schüler Schultze's aus der Zeit seiner Dorpater Lehrthätigkeit werden es mit Freuden begrüssen und dem Erscheinen des zweiten Bandes mit Spannung entgegensehen.

Kallmeyer.

N. Ortner: Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. II. Band. Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1898. Preis 10 Mark.

Der ersten Hälfte rasch gefolgt, liegt nun das Ende der Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten vor. Es enthält die Therapie der Erkrankungen der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, des Kehlkopfs, der Bronchien, der Lunge und Pleura, des Magens und Darmes, des Bauchfelles, der Leber und Gallenwege. Endlich sind in ausführlichen Capiteln auch die Infectionskrankheiten behandelt, z. Th. vom Verfasser selbst, zum anderen von Prof. Frühwald. Auf die Vorzüge des Ortner'schen Buches haben wir bereits bei Besprechung des ersten Bandes hingewiesen. Auch hier bestehen die Verordnungen nicht in einer blossen Aufzählung der üblichen Methoden und Mittel, sondern die Indicationen sind klar definirt und scheinen in der Neusser-schen Klinik zum grossen Theile durchgeprüft zu sein. Es kommen neben den medicamentösen Vorschriften auch hydro- und balneotherapeutische Manipulationen, Diät- und Mineralwassercuren, sowie alle sonstigen therapeutischen Factoren zur Verwendung, so dass das Buch in jeder Beziehung auf der Höhe der Zeit steht und für practische Zwecke dem Arzte und dem Studirenden bestens empfohlen werden kann.

Kallmeyer.

H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte u. Studirende. Mit 287 Abbildungen. Zweite wesentlich vermehrte Auflage. Berlin 1898. Verlag von S. Karger. Preis 23 Mark. 985 Seiten.

Die neue Auflage dieses Lehrbuches besitzt alle Vorzüge, welche bereits vor 4 Jahren bei seinem ersten Erscheinen an ihm rühmend hervorgehoben wurden. Alle Fortschritte der Wissenschaft während dieses Zeitraumes sind selbstredend berücksichtigt worden. Einige Capitel sind umgearbeitet, erweitert oder anders gruppirt. Neu hinzugekommen sind die Abschnitte über senile Paraplegie, über die Erkrankungen der cauda equina und des conus medullaris, über secundäre Degeneration im Gehirn, über die infantile Form der progressiven Bulbärparalyse, über die Sklerodemie. Die Zahl der vortrefflichen Abbildungen ist um 67 vermehrt worden.

Das Werk in seiner vervollkommneten Gestalt wird zweifellos den Kreis seiner Leser und Besitzer in weitem Maasse vergrössern.

Michelson.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1275. Sitzung am 4. Mai. 1898.

1. Herr Wladimiroff erstattet dem Verein einen kurzen Bericht über den soeben stattgefundenen internationalen hygienischen Congress in Madrid. Als einen der interessantesten und für den weiteren Ausbau der bacteriologischen Forschung massgebendsten Vortrag erwähnt Ref. der Mittheilung der Prof. Nocard und Roux aus Paris: Ueber den Erreger der Lungenseuche (Peripneumonie, eine ac. interstitielle Pneumonie) des Rindes.

Bisher war der Mikrobe dieser eminent contagiösen und staatsöconomisch so überaus wichtigen Krankheit noch unbe-

kannt und stellte seiner Entdeckung grosse Hindernisse in den Weg.

Nocard und Roux ist es nun gelungen, diesen Mikroorganismus zu züchten und seinen aetiologischen Zusammenhang mit der Lungenseuche festzustellen und zwar in sehr ingeniöser Weise durch Benutzung der Metschnikoff'schen Collodiumsäckchen oder noch besser von Säckchen, die aus der Innenhaut des Schilfrohres hergestellt waren. Diese Säckchen haben die Fähigkeit für Mikroben undurchlässig, für Flüssigkeiten diffusionsfähig zu sein. Diese Säckchen wurden mit Bouillon gefüllt, die mit peripneumonischen Infectionsmaterial geimpft war. Nach völlig sicherem Verschluss der Säckchen wurden diese Thieren (Kaninchen) in die Bauchhöhle versenkt. Während ihres Verweilens daselbst erfolgte ein Flüssigkeitsaustausch zwischen dem Inhalt der Säckchen und den Gewebeflüssigkeiten, indem erstere hinaus, letztere in die Säckchen hinein überdiffundirten. Einige Zeit darauf wurden die Thiere laparotomiert und die Säckchen herausgehoben. Ihr Inhalt — also thierische Gewebeflüssigkeit — hatte sich getrübt, was auf die Entwickelung von Mikroben bezogen werden musste. Diese waren jedoch so klein, dass sie eben mit den schärfsten Instrumenten noch als Mikroben erkannt werden konnten.

Thiere mit dieser Cultur geimpft erkrankten an typischer Peripneumonie.

Auf seiner Rückreise besuchte Ref. in Lille Prof. Calmette, welcher sich zur Zeit mit der Herstellung eines Schlangengift-antitoxins beschäftigt. Es ist thatsächlich Calmette gelungen ein absolut sicher wirkendes «Antitoxin» durch übliche Serumimmunisirung zu gewinnen, welches, — wenn bald nach dem Schlangenbisse injicirt, denselben völlig unwirksam macht, augenscheinlich chemisch bindet, auch bis zu einem gewissen Grade immunisirend zu wirken scheint. Es hat sich hierbei herausgestellt, dass das Antitoxin seine Wirksamkeit gegenüber jeder Art Schlangengift entfaltet, augenscheinlich, weil dieses für sämmtliche Schlangen aller geographischen Breiten ein gleichartiges, identisches zu sein scheint.

2. Herr Kernig referirt dem Verein über folgende Krankengeschichte.

Frau von 61 Jahren erlitt am 24. März einen Stoss gegen den Leib. Am 4. April — Eintritt in das weibliche Obuchow-Hospital.

Pat. klagt über heftige Schmerzen in der linken Oberbauchhälfte. Daselbst ein stark druckempfindlicher, prall cystisch sich anfühlender Tumor, welcher augenscheinlich der Milz anzugehören schien. Unter Eis Rückgang der Beschwerden. Tumor durch 4 Wochen hindurch unverändert. Die Diagnose schwankte zwischen abgekapseltem Haematom der Milzgegend und einem Milzechinococcus: Bei der heute vorgenommenen Laparotomie gelangte man in eine der Milz angehörende ca. 400 ccm. einer chocoladenfarbigen Flüssigkeit fassende Cyste. Wenngleich keine Hacken gefunden wurden, so scheint jedoch eine die Cyste auskleidende derbere anscheinend chitinartige Membran dafür zu sprechen, dass es sich hier um einen Echinococcus gehandelt habe.

Discussion.

Herr Moritz erinnert sich vor einigen Jahren im Obuchow-Hospital einen ähnlichen Fall gesehen zu haben, wo die Diagnose «abgekapseltes Haematom» der Milz gestellt wurde, und gleichfalls ein der Milz augenscheinlich zugehörender Tumor palpirt werden konnte, welcher bei wiederholtem Punktieren — um die Zeit wurde auf diese Indication hin noch nicht operirt — stets eine chocoladen- bis Porterfarbene Flüssigkeit zu Tage förderte.

Bei der Obduction fand sich thatsächlich eine Cyste in der Milz.

Herr Kernig erinnert sich einer Patientin des Obuchow-Hospitals, welche wegen hochgradigen Ascites punktirt werden musste. — Aus dem Troicart entleerte sich eine Flüssigkeit vom Aussehn des Dünndarminhaltes. Bei der Obduktion stellte es sich heraus, dass eine grosse Höhle punctirt war, die in offener Verbindung mit einem Echinococcus multilocularis der Leber stand und dadurch eine Zumischung von Galle darbot.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: Dr. H. Westphalen.

Zehnter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wolmar vom 20—22. August 1898.

(Fortsetzung.)

Auf das vorliegende Gesuch kam folgende Antwort an due Präses des livländischen Aerztetages:

Riga, Ritterhaus, den 22. April 1898.
Nr. 2693.

Auf Grund des Antrages vom 4. December v. J. wegen Ausbildung tüchtiger Hebammen hat der im März d. J. versammelt gewesene ausserordentliche livländische Landtag folgenden Beschluss gefasst:

Unter Anerkennung der Nothwendigkeit, tüchtige Hebammen, die den Ansprüchen der modernen Asepsis entsprechen, auszubilden, ist zur gutachtlichen Ueberarbeitung des vorliegenden Antrages eine Commission zu ernennen, die zunächst aus zwei von dem Verein livländischer Aerzte aus seiner Mitte zu ernennenden Delegirten zu bestehen hätte. Bei Inaussichtnahme einer Theilnahme der Stadt Riga, sowie der estländischen und der Oeselschen Ritterschaft an dem Unterhalt des zu begründenden Instituts, sind die betreffenden Standesschaften aufzufordern, für den Fall, dass sie nicht etwa jegliche Betheiligung von vornherein ablehnen sollten, auch ihrerseits je einen Delegirten zu ernennen, wobei es diesen Standesschaften anheimzugeben wäre, wenn der Delegirte nicht etwa ein Fachmann sein sollte, auch noch je einen solchen abzudelegiren.

Die Residirung ist zu ersuchen, die bezüglichen Einladungen mit möglichster Beschleunigung ergehen zu lassen, damit die Commission wisse, in welchem Rahmen sie ihre Vorschläge auszuarbeiten habe.

Unter der Voraussetzung, dass die erwähnten Standesschaften die Mitbetheiligung nicht von vornherein ablehnen würden, hätte die Commission, unter Zugrundelegung des Antrages des Präsidenten des livländischen Aerztetages und bei möglichster Ergänzung des statistischen Materials, in Beziehung auf die Begründung und den Unterhalt des in Betracht kommenden Instituts namentlich folgende Gesichtspunkte und Fragen zu erörtern und gutachtlich zu behandeln:

1) Ob nur ein einziges Institut mit Unterabtheilungen, oder im Hinblick auf die Sprachenverschiedenheit zwei getrennte Institute an verschiedenen Orten, und wo namentlich, zu begründen wären?

2) Wie die Kosten mit Rüksicht auf die in dem Pkt. 1 vorgesehene Alternative in dem einen oder anderen Falle sich stellen würden?

3) Ob das Institut als blosses Land-Hebammeninstitut, wie solches im Antrage des Präsidenten des Aerztetages vorgeschlagen wird (S. 3. der Vorlage), oder gemäss dem Antrage der Aerztecommission (S. 7 der Vorlage) auf grösserem Fusse zu begründen und auch für die Ausbildung städtischer Hebammen einzurichten wäre?

4) Ob und wie der Unterhalt der Gebäranstalten und die Verpflegung der Wöchnerinnen ganz oder theilweise auf Kosten der betreffenden Communen und Gemeinden zu erfolgen hätte?

5) Wie, unter Beobachtung des Zwecks der Torklus'schen Stiftung, diese für das neu zu begründende Institut nutzbar gemacht werden könnte?

6) Wie die Aufsicht über das Landhebammenwesen zu regeln wäre?

Sollte von den Standesschaften, deren Betheiligung an dem geplanten Unternehmen in Aussicht genommen wird, die eine oder andere die Betheiligung ablehnen, oder sollten sie sich alle ablehnend verhalten, so hätte die Commission ihre Arbeit im entsprechend engeren Rahmen, unter blosser Berücksichtigung der Creirung eines Landhebammeninstituts allein für die 8 Kreise Livlands auszuführen.

Für den Fall aber, dass der Plan von vornherein die Zustimmung der anderen Standesschaften fände, wäre die Commission zu ersuchen, ihre Arbeiten insoweit zu beschleunigen, dass es der Residirung möglich sei, Project und Kostenanschläge zeitig genug den anderen Standesschaften zur Aeusserung mitzutheilen, um die Antworten zugleich mit der Commissionsarbeit dem bevorstehenden ordentlichen Landtage vorlegen zu können.

Die Wahl der beiden ritterschaftlichen Delegirten ist auf dem gegenwärtigen Landtage zu vollziehen.

Der Commission ist das Cooptationsrecht zu ertheilen.

Die Aufforderungen an die in Betracht kommenden Standesschaften, namentlich an die Ritterschaften von Estland und Oesel, sowie an das Riga'sche Stadtamt, dass sie sich darüber erklären möchten, ob sie an den Commissionsarbeiten theilzunehmen gesonnen sind, und dass sie eventuell ihre Deligirten denominiren mögen, sind gleichzeitig ergangen.

Bei Mittheilung des Vorstehenden beehrt sich das Landrathscollegium Ew. Hochwohlgeboren zu ersuchen, baldgefälligst diesem Landrathscollegium Nachricht geben zu wollen, wer als sachverständige Delegirte seitens des livländischen Aerztetages oder der Gesellschaft livländischer Aerzte der Commission beitreten werden?



Wie Ew. Hochwohlgeboren aus dem Beschlusse zu ersehen belieben wollen, hat der Landtag in Aussicht genommen, dass für Livland, ausser zwei ritterschaftlichen Delegirten, wozu die Herren Ewald Baron Sass und Gotthard von Vegesack gewählt wurden, der Verein livländischer Aerzte zu den Commissionsberathungen zwei Vertreter entsende.

Aus dem Beschlusse werden Ew. Hochwohlgeboren ferner ersehen, dass eine möglichste Ergänzung des statistischen Materials als wünschenswerth bezeichnet wurde. Auch lassen die sonstigen aus dem Beschlusse sich ergebenden Gesichtspunkte es als wünschenswerth erscheinen, dass etwaiges Material zur Beleuchtung der darin angeregten Fragen frühzeitig gesammelt werde und es liegt ja wohl in der Natur der Sache, dass die Commission in dieser Beziehung hauptsächlich auf die Herren ärztlichen Mitglieder rechnen wird.

Sobald es feststeht, welche Standesschaften sich an den Commissionsarbeiten betheiligen werden, wird das Landrathscollegium nicht ermangeln, thunlichst bald den Beginn der Commissionsberathungen herbeizuführen.

Im Namen der Livländischen Ritterschaft:
gez.: Residirender Landrath: Baron Tiesenhausen.
Ritterschafts-Secretär: Bruiningk.

Zum Schluss endlich hatte der vorigjährige Aerztetag gelegentlich der Discussion über den Kampf gegen die Lues den Vorstand beauftragt, in einer Eingabe an den livländischen Landtag auf den Nothstand hinzuweisen, welcher in sanitärer Beziehung der Landbevölkerung aus dem Mangel an Hospitälern in Livland erwächst und wie es dringend wünschenswerth erscheine, dass das Sanitätswesen auf dem Lande in Grundlage des vom Adelsconvent ausgearbeiteten, vom Landtag im Jahre 1893 acceptirten und von der Gouvernements-Regierung bestätigten «Normalstatuts» seine allendliche practische Regelung fände.

Da gegen Ende des vorigen und zu Anfang dieses Jahres die sanitären Zustände auf dem Lande in unserer einheimischen, insbesondere in unserer nationalen Presse wiederholt Gegenstand der Besprechung wurden und hierbei neben gerechten Klagen auch vielfach irrige Anschauungen zum Ausdruck gelangten, schien es mir Pflicht, letztere an der Hand von objectiven Thatsachen auch öffentlich zurechtzustellen. In einem längeren Artikel, betitelt «Zur Frage der Reorganisation des Sanitätswesens in Livland», welcher in dem «Rigaer Tageblatt» eine Veröffentlichung fand und von der Redaction der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» in der Nr. 15 dieses Jahres auszugsweise wiedergegeben wurde, bin ich bestrebt gewesen, auf historischem Wege den Nachweis dafür zu liefern, wie in den letzten Jahrzehnten die Organisation der ärztlichen Hilfeleistung auf dem Lande seit dem Schwinden der altlivländischen Kirchspielsdoctorate, die laut Landtagsbeschluss vom Jahre 1857 eingeführt worden waren, allmählich ganz wesentliche Rückschritte gemacht habe und wie gerade in der Neuzeit den Anforderungen der heutigen öffentlichen Gesundheitspflege nur durch Anstellung von besonderen Sanitätsärzten in den Kirchspielen, den gewaltigen Fortschritten auf allen Einzelgebieten der practischen Medicin aber nur durch ein geregeltes Hospitalwesen auf dem Lande Rechnung getragen werden könne. Diese beiden Gesichtspunkte fasse aber jenes «Normalstatut» vor Allem ins Auge und es erscheine daher dringend an der Zeit, dass entsprechend dem von Jahr zu Jahr auch unter unserem Landvolk sich immer lauter geltend machenden Bedürfniss nach einem geordneten Sanitätswesen, durch Gründung von Kirchspiels-Doctoraten und Hospitälern allendlich Genüge geschähe. Separatabzüge dieses Artikels habe ich vor dem Landtage allen Gliedern des Livländischen Adelsconvents übermittelt und glaubte daher von einer besonderen Extra-Eingabe in dieser Angelegenheit an den Landtag Abstand nehmen zu können. Wenn ich mithin unvorhergesehener Umstände wegen eine andere Form zur Ausführung des mir vom vorigjährigen Aerztetage gewordenen Auftrages in dieser Sache gewählt, so ersuche ich die Versammlung mir hierfür Decharge zu ertheilen.

Die Versammlung erklärt sich mit dem Vorgehen des Präses in dieser Angelegenheit einverstanden.

3) Der Cassaführer Dr. G. Apping giebt folgenden Rechenschaftsbericht über die Einnahmen und Ausgaben des IX. Livländischen Aerztetages in Pernau (vom 4. Juni 1897 bis 20. August 1898).

Einnahmen.

Rest vom VIII. Livländischen Aerztetage .	6 Rbl. 11 Kop.
67 Beiträge à 5 Rbl.	335 » — »
	Summa 341 Rbl. 11 Kop.

Die Ausgaben betrugen 302 Rbl. 19 Kop., mithin verblieben der Casse 38 Rbl. 92 Kop.

Der Rechenschaftsbericht wurde angenommen.

4) Der Secretär legt die eingegangenen Schriften vor:

a) Archives des Sciences biologiques. Publiées par l'Institut impérial de médecine expérimentale à St. Pétersbourg. Tome V Nr. 243, Tome VI Nr. 2—5.

b) Pocken und Pockenimpfung. Jubiläumsausgabe Band I. zum Andenken an Jenner. Herausgegeben von Hubert, im Auftrage der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

c) Skrebitzki: Zur Frage der Ausbreitung infectiöser Augenkrankheiten in Russland und Mittel zu ihrer Bekämpfung.

d) Protokolle der Gesellschaft Don'scher Aerzte 1896.

e) Jahresbericht über die Thätigkeit des Olga-Kinderhospitals zu Moskau 1897.

f) Arbeiten aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Dorpat 1896. Herausgegeben von W. Koch.

g) Fursow: Qualitative und quantitative Blutveränderungen bei Leprösen.

h) Protokolle der Twer'schen Medicin. Gesellschaft 1897,

j) Ueber die Verbreitung der Blindheit in Russland.

k) Uebersicht über die Thätigkeit des Blindencuratoriums in Russland 1881—1894.

l) Programm des I. Allrussischen Congresses für Klimatologie, Hydrologie und Balneologie. St. Petersburg 1898.

m) Sitzungsberichte der Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie bei der Universität Moskau 1896.

n) Bericht der Aerzte-Gesellschaft bei der Universität Kasan 1897 III und IV, 1898 I.

o) Protokolle der medicinischen Gesellschaft zu Elisawetgrad 1893—1895.

p) Protokolle der Gesellschaft Rjasan'scher Aerzte 1894—96.

q) Protokolle der Omsker medicinischen Gesellschaft 1896/7.

r) Sitzungsberichte der Aerzte-Gesellschaft zu Tschita 1894—1895.

s) Sitzungsberichte der Fergana'schen Medicinischen Gesellschaft 1896—1897,

5) Bestimmung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages.

Dr. Kiwull ladet nach Wenden ein.

Dr. Koch fordert die Collegen nach Walk auf.

In Anbetracht dessen, dass der Aerztetag in Wenden schon 4 Mal, in Walk nur 1 Mal getagt hat, wird die Einladung nach Walk angenommen. Als Zeitpunkt für den nächsten Aerztetag wird im Princip Ende August festgesetzt, doch wird die genaue Bestimmung des Termins dem Vorstande überlassen.

6) Neuwahl des Präses und die übrigen Wahlen laut § 8 der Statuten.

Dr. Truhart theilt seinen definitiven Entschluss mit, das Präsidium niederzulegen und eine eventuell auf ihn fallende Wiederwahl nicht anzunehmen.

Dr. v. Stryk: Da Herr Dr. Truhart eine Wiederwahl definitiv ablehnt und wir vor einer Neuwahl stehen, stelle ich einen Antrag auf Aenderung der Statuten, dahingehend, dass in Zukunft 2 Vorsitzende zu wählen wären. Diese Aenderung scheint, abgesehen von anderen Gründen, mir deswegen wünschenswerth, da es in hohem Grade fraglich sein dürfte, ob ein Anderer in derselben Weise, wie unser scheidender Präses, ein ganzes Decennium hindurch die grosse Arbeitslast werde auf sich nehmen wollen und können. Es könnte leicht der Präses am Erscheinen auf dem Aerztetag verhindert sein, wie es bisher mit den Schriftführern öfters der Fall gewesen.

Die Erledigung dieses Vorschlags wird statutenmässig auf die Schlusssitzung verschoben.

Die nunmehr vorgenommene Wahl ergiebt folgende Zusammensetzung des Präsidiums: Präses: Dr. Treymann — Riga. Secretäre: Dr. Ströhmberg — Jurjew und Dr. Vierhuff — Riga. Cassaführer: Dr. Koch — Walk.

Der Vorsitzende Dr. Apping spricht in warmen Worten dem früheren Präses Dr. Truhart den Dank der Gesellschaft für seine treue und umsichtige Amtsführung aus.

Dr. Sadikow — Talsen schlägt der Versammlung vor, Dr. Truhart zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft zu erwählen.

Diesem Vorschlage leistet die Versammlung per Acclamation Folge.

Dr. Truhart spricht seinen Dank aus.

Dr. Treymann übernimmt das Präsidium.

7) Dr. Treymann: Vor allen Dingen habe ich mitzutheilen, dass die officielle Berichterstattung den beiden ebengewählten Secretären (Dr. Ströhmberg und Dr. Vierhuff) übertragen ist. Betreffs der nichtofficiellen Berichterstattung über allgemein interessirende Dinge der öffentlichen Wohlfahrt, über den Verlauf des Aerztetages etc. erwartet der Aerztetag von seinen Mitgliedern, dass sie sich bei Berührung fachwissenschaftlicher, noch nicht spruchreifer Fragen die nöthige Reserve auferlegen, damit nicht missverständliche Auffassungen im Publikum Platz greifen.

8) Mittheilungen des Verwaltungsrathes der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».

Prof. Dehio: In Anbetracht der vielen und wichtigen Fragen, die der zehnte livländische Aerztetag zu erledigen hat, kann der übliche Rechenschaftsbericht unserer Gesellschaft dieses Mal nur kurz gefasst werden. Genauere Angaben finden sie in dem am 26. Februar d. J. veröffentlichten Rechenschaftsbericht für das Jahr 1897.

Unsere Gesellschaft begann das Jahr 1897 mit einem Baarvermögen an Werthpapieren im Nominalbetrage von 4100 Rbl. und einem Cassabestande von 789 Rbl. 97 Kop. in baarem Gelde. Die Einnahmen betrugen im Jahre 1897 — 34,564 Rbl. 86 Kop.; die Ausgaben — 21,372 Rbl. 38 Kop., so dass sich mithin ein Ueberschuss der Einnahmen im Betrage von 13,192 Rbl. 48 Kop. ergiebt. Es wurden daher Anlagepapiere im Nominalbetrage von 12,700 Rbl. zum Paricours gekauft und der Rest von 492 Rbl. 48 Kop. dem baaren Cassenbestand einverleibt. Das Baarvermögen unserer Gesellschaft zum 1. Januar 1898 bestand somit aus Werthpapieren im Nominalbetrage von 16,800 Rbl. und 1291 Rbl. 45 Kop. in baarem Gelde.

Die Einnahmen setzen sich folgendermassen zusammen:

	Rbl.	K.
Jahresbeiträge der Mitglieder	2004	—
Einmalige Mitgliedsbeiträge	50	—
Einmalige Zahlungen und Schenkungen	19108	44
Krankengelder	12628	79
Zinsen	450	39
Diversa	323	24
Summa	34564	86

Die Ausgaben waren folgende:

	Rbl.	K.
Gagen der Aerzte und des Buchhalters	1750	—
Krankenverpflegung in Nennal im Jahre 1897	5467	84
» in Wenden	5790	48
» in Muhli	1643	47
Inventar-Ergänzung	100	02
Versicherung gegen Brandschaden	88	92
Postporto und Drucksachen	109	09
Zahlung für den Druck der lettischen und estnischen Flugblätter	520	35
Restzahlung für den Bau des Leprosoriums bei Wenden	2872	—
Restzahlung für den Bau der Badestube in Nennal	500	—
Ausbau der Wohnung für den Urjadnik in Nennal	160	50
Bau des Hauses für den Urjadnik in Wenden	753	33
Remonten an den Gebäuden	764	78
Vorarbeiten für den Bau des zu errichtenden Leprosoriums bei Tarwast	206	—
Zahlung zu wissenschaftlichen Zwecken betreffs der Lepra	200	—
Geistliche Bedienung der Leprösen	270	—
Diversa	175	60
Summa	21372	38

Das Jahr 1897 ist somit für die Vermögensverhältnisse unserer Gesellschaft ein sehr günstiges gewesen. Obgleich unsere Leprosorien in Muhli, Nennal und bei Wenden in vollem Betriebe gestanden haben und manche bauliche Vervollkommnungen und Remonten derselben uns grössere Ausgaben verursachten, so haben unsere Einnahmen die Ausgaben doch um nahezu 14,000 Rbl. überstiegen und der zu Anfang des Jahres 1897 sehr knappe Vermögensstand unserer Gesellschaft hat sich dadurch um ein Bedeutendes gehoben,

Wie den Lesern unserer Rechenschaftsberichte bekannt ist, hat die Livländische Ritterschaft auf ihrem letzten ordentlichen Landtag den Beschluss gefasst, dass für jeden zu einer livländischen Bauergemeinde angeschriebenen Aussätzigen, welcher in einem der livl. Leprosorien verpflegt wird, aus der Landescasse 8 Rbl. monatlich (96 Rbl. jährlich) zu zahlen sind. Auch die livl. Städte haben sich bereit erklärt, für die zu ihren Steuergemeinden gehörigen Leprösen dieselbe Zahlung zu leisten. Dadurch sind die Bauergemeinden Livlands von allen Zahlungen für ihre in unseren Asylen befindlichen Aussätzigen befreit. Auf Grund dieser vom livl. Gouverneuren bestätigten Beschlüsse ist der grösste Theil der im Jahre 1897 in unsere Casse geflossenen Krankengelder aus der livl. Landescasse gezahlt worden. Dieselbe hat unserer Gesellschaft im Jahre 1897 für die Verpflegung der Leprösen im Ganzen 11,497 Rbl. 95 Kop. verabfolgt. Der Rest der Krankengelder ist von den livl. Städten und von Einzelpersonen, die sich auf eigene Kosten behandeln liessen, gezahlt worden.

Der Betrieb unserer Leprosorien zu Muhli, Nennal und Wenden ging in der alten Form fort. Im Ganzen befinden sich augenblicklich um 150 Aussätzige in unserer Verpflegung.

Nicht ohne Bedeutung für das innere Leben unserer Gesellschaft ist ein Besuch gewesen, den der Herr Professor Kirchner vom preussischen Cultusministerium, Herr Regierungsrath Kübler vom deutschen Gesundheitsamt und der Kreisphysikus von Memel Dr. Urbanowicz im Auftrage der deutschen und preussischen Regierung den Leprosorien unserer Provinzen und des Gouvernements Petersburg abgestattet haben, um sich mit der Verbreitung der Lepra und den zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Massregeln bekannt zu machen. Durch die von den genannten Herren auf der im October 1897 in Berlin stattgehabten internationalen Lepra-Conferenz erstatteten Berichte ist die Aufmerksamkeit Europas und wohl der ganzen medicinischen Welt auf den in den baltischen Provinzen vorhandenen Seuchenheerd gerichtet worden, und wir können mit Befriedigung feststellen, dass das, was bisher zur Bekämpfung der Lepra von uns geschehen ist, allseitig gutgeheissen und anerkannt worden ist. Die internationale Lepra-Conferenz hat in ihrer Schlussverhandlung ausdrücklich ausgesprochen, dass das einzige, dafür aber auch zuverlässige Mittel zur Bekämpfung der Lepra darin besteht, dass die Kranken in möglichst grosser Zahl isolirt und dem Verkehr mit den Gesunden entzogen werden. Am besten und mit den geringsten Unkosten ist solches in Leprosorien zu erreichen.

Unsere Gesellschaft hat aus diesen Verhandlungen die freudige Ueberzeugung gewonnen, dass sie sich mit ihren Bestrebungen auf dem rechten Wege befindet. Es gereicht uns zur hohen Genugthuung, dass auch die hohe russische Staatsregierung dieser Ansicht ist und unsere Thätigkeit gutheisst. Zum Beweise dessen sind der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra auf deren Bitte mit Allerhöchster Bewilligung 20,000 Rubel als einmalige Unterstützung aus den disponibeln Mitteln des Reichsschatzes ausgezahlt worden. Unsere Gesellschaft wird bestrebt sein, sich dieses Zeichens des Allerhöchsten Vertrauens würdig zu erweisen.

Dank dieser Zuwendung ist unsere Gesellschaft in den Stand gesetzt an die Errichtung eines weitern Leprosoriums von 100 Betten im Tarwast'schen Kirchspiel zu schreiten. Die Nothwendigkeit eines solchen habe ich schon im vorigen Jahr an dieser Stelle dargelegt. Der hierzu nöthige Boden im Umfange von 3 Dessjatinen Land ist von unserer Gesellschaft bei der hohen Krone erbeten worden, und zwar wurde ein zum Kronsgut Saaremois gehöriges Landstück für diesen Zweck ins Auge gefasst. Der Herr Livl. Gouverneur hat unser Gesuch um die unentgeltliche Abtretung dieses Landstückes beim Domänenministerium freundlichst vertreten und neuerdings ist die Allerhöchste Genehmigung desselben erfolgt mit dem Hinweis, dass das erbetene Landstück uns zur Nutzniessung verbleibt, solange unsere Gesellschaft daselbst ein Leprosorium unterhält. Die Pläne für dieses Leprosorium sind schon fertig gestellt und in diesem Sommer ist mit dem Bau begonnen worden. Wir hoffen zum Herbst das Gebäude unter Dach zu bringen und im Lauf des Winters die innere Einrichtung zu vollenden, so dass im kommenden Frühling das Leprosorium in Betrieb gesetzt werden kann. Hoffentlich wird es durch diese neue Anstalt gelingen den Hauptseuchehеrd Livlands, nämlich das Tarwast'sche Kirchspiel, wo allein gegen 100 Lepröse bekannt sind, aufzuheben und diese Gegend so zu sagen zu desinficiren.

Bekanntlich hat unsere Gesellschaft in den letzten Jahren mehrere junge Mediciner in die am meisten inficirten Gegenden Livlands ausgesandt, um durch eingehende Untersuchung aller Gesinde und bäuerlichen Landstellen die Zahl der factisch vorhandenen Aussätzigen zu constatiren. Je weiter diese Untersuchungen ausgedehnt wurden, desto grösser wurde die Zahl der sicher constatirten Fälle von Lepra; zugleich müssen auf Grund einer neu erlassenen ministeriellen Verfügung alle Aerzte über jeden Leprakranken, welcher ihnen zu Gesicht kommt, eine genaue Meldekarte der livländischen Medicinalverwaltung einsenden. Auf Grundlage der von unserer Gesellschaft gesammelten Daten einerseits, sowie der genannten Meldekarten andererseits, hat Dr. E. Erasmus in Riga ein namentliches Verzeichniss aller in Livland augenblicklich bekannten Lepra-Fälle zusammengestellt. Es ergiebt sich daraus, dass in ganz Livland einschliesslich Rigas augenblicklich 746 Aussätzige vorhanden sind, von denen im Ganzen 210—220 in den Leprosorien internirt sind.

Nach Eröffnung des Tarwast'schen Leprosoriums werden also etwa 320 Aussätzige in Livland dem freien Verkehr entzogen sein und wir hoffen, gestützt auf die in Norwegen gemachten Erfahrungen, dass diese Zahl genügen wird, um fortan ein Abnehmen der Lepra in Livland und schliesslich das Erlöschen der Seuche zu erzielen.

9. Dr. Brutzer hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Sectionsbefunde aus dem Leprosorium zu Riga». (Erschienen in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift»).

10. Dr. Apping demonstrirt einen ungewöhnlichen Fall von luetischer Hautaffection

11. Dr. Treymann hält seinen angekündigten Vortrag über «die sociale Stellung des Arztes». (Erschienen in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift»).



12. Prof. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Frage des ärztlichen Honorars». (Erschienen in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift»).

13. Prof. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Rechtsschutzvereins von 1890—1897». (Erschienen in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift»).

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Der bisherige ausserordentliche Consultant des hiesigen Ssemenow'schen Militärhospitals, Staatsrath Dr. N. N. Iwanow, ist zum Gehilfen des Inspectors des Hof-Medicinalwesens ernannt worden.

— In der am 27. October abgehaltenen Sitzung der St. Petersburger städtischen Hospitalcommission wurde der Privatdocent für Syphilis und Hautkrankheiten an der militär-medicinischen Academie, Dr. A. A. Wedenski, welcher zugleich auch als Ordinator am hiesigen städtischen Kalinkin-Hospitals fungirte, zum Oberarzt des genannten Hospitals gewählt.

— Der ordentliche Professor emer. für Hautkrankheiten und Syphilis an der Warschauer Universität, Geheimrath Dr. Ernst v. Trautvetter, ist auf sein eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Der ordentliche Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Pasternatzki, ist zum consultirenden Arzt für Balneologie bei den St. Petersburger Pensions- und Lehranstalten der Institutionen der Kaiserin Maria ernannt worden.

— Der bekannte Anatom, Prof. Dr. Waldeyer, hat vor Kurzem das Rectorat an der Berliner Universität für das laufende Studienjahr 1898—99 übernommen.

— Befördert: Der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Muratow, zum Staatsrath.

— Verstorben: 1) Am 25. October in München der Redacteur und Herausgeber der in Warschau erscheinenden polnischen med. Monatsschrift «Gazeta lekarska», Dr. Stanislaus Kondratowicz, im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene war auch viele Jahre Schatzmeister der Warschauer med. Gesellschaft und der mit dieser Gesellschaft verbundenen Unterstützungscasse. 2) In Berlin am 30. October Dr. Gustav Molien nach langer Krankheit im Alter von 37 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Riga und widmete sich 1880 dem Studium der Medicin anfangs in Dorpat, dann in Greifswald, wo er auch die Doctorwürde erlangte. Nach erfolgreich bestandenem Staatsexamen liess er sich in Berlin als freipracticirender Arzt nieder und war einige Zeit auch als Assistent am Berliner Elisabeth-Kinderhospital thätig. Vor einigen Monaten zeigte sich bei ihm das tückische Leiden, welches, trotz der gelungenen Operation, durch Entkräftung seinem Leben ein Ziel setzte. 3) In Glasowo (Gouv. Moskau) der Landschaftsarzt Wladimir Starow im 35. Lebensjahre am Abdominaltyphus. 4) In Jarosslaw der Eisenbahnarzt P. Werdenski, 36 Jahre alt, ebenfalls am Abdominaltyphus. Er hat seine Frau mit fünf unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. Die Beerdigungskosten übernahm die Gesellschaft der Moskau-Archangelschen Eisenbahn. 5) Der frühere Landschaftsarzt in Jekaterinosslaw, Dr. W. T. Skrylnikow im 51. Lebensjahre. Nachdem er fast 25 Jahre als Ordinator am örtlichen Landschaftshospital und als Leiter einer Heilanstalt der Landschaft gedient, wurde er auf eigenes Ansuchen pensionirt, verfiel aber bald darauf in geistige Umnachtung. Als eines der frühesten Symptome dieser Krankheit kann wohl auch, wie der «Wratsch» meint, seine sonderbare Schwärmerei für den «Timofejewschen Thon» (Тимофеевская глина), dem er eine geradezu wunderthätige Heilkraft zuschrieb, angesehen werden. 6) In Athen der Prof. ord. der Pathologie, Dr. K. Delijiannis. Er ist als Opfer seiner Wissenschaft einer Blutvergiftung erlegen. Der Verstorbene, welcher seine medicinischen Studien auf deutschen Universitäten und in Paris gemacht, ist auch vielfach literarisch thätig gewesen, vorzugsweise in griechischer und französischer Sprache.

— Der ausserord. Professor Dr. M. v. Frey in Leipzig, welcher bereits im letzten Semester den Professor der Physiologie Dr. Gaule in Zürich vertrat, ist jetzt definitiv zum ordentlichen Professor der Physiologie an der Züricher Universität ernannt worden.

— Der Privatdocent Dr. Oskar Zoth in Graz ist zum ausserordentlichen Professor der Physiologie an der dortigen Universität ernannt worden.

— Der Kaiser von Oesterreich hat, wie die «Allg. Wien. Med. Ztg.» berichtet, in Anerkennung des verdienstlichen Wirkens bei der Pflege der Pestkranken in Wien und der verdienstlichen Mitwirkung bei den aus Anlass der Pesterkrankung getroffenen Massnahmen zahlreiche Auszeichnungen verliehen: So haben Dr. Rudolf Pöch, welcher den Dr. Müller und die Wärterin Pecha behandelte, das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens, der Director des Franz-Joseph-Hospitals Climesch den Orden der Eisernen Krone 3. Classe, Dr. Maximilian Meyer und der Assistenzarzt Dr. Ghon das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. Die Oberin und vier Schwestern der Genossenschaft zum Heiligen Herzen Jesu, sowie die Wärterin Hochegger erhielten die Elisabeth-Medaille.

— Auf Initiative hervorragender Kliniker der Wiener med. Facultät wird die Errichtung eines Denkmals für den in heroischer Ausübung seines ärztlichen Berufes der Pest zum Opfer gefallenen Dr. Franz Müller geplant. Die Kosten des Denkmals sollen ausschliesslich von Angehörigen des Aerztestandes bestritten werden.

— Der I. Allrussische Congress für Klimatologie, Hydrologie und Balneologie, welcher im nächsten Monat hierselbst stattfinden wird, verspricht recht interessant und erfolgreich zu werden, zumal dem Congress auch seitens der Minister eine erfreuliche moralische und materielle Unterstützung zu Theil geworden ist. So hat der Finanzminister 15,000 Rbl. und der Domänenminister 3000 Rbl. für den Congress bewilligt. Vom Ministerium der Wegecommunicationen wird den Gliedern des Congresses in einer Gesammtzahl von 500 Personen freie Fahrt 1. Classe auf allen russischen Eisenbahnen bis St. Petersburg und retour (in der gleichen Richtung) gewährt. Diese Freibillets haben vom 20. November d. J. bis zum 19. Januar 1899 Giltigkeit. Der Finanzminister und der Domänenminister haben ausserdem die ihnen unterstellten Verwaltungen der Mineralbäder angewiesen an den Arbeiten des Congresses theilzunehmen. Auch der Kriegsminister hat angeordnet, dass den Militärärzten, welche sich für die vaterländischen Heilstätten interessiren, keine Hindernisse für den Besuch des Congresses in den Weg gelegt werden.

Das Organisations-Comité des Congresses besteht aus dem Präsidenten Prof. Dr. Lebedew (Gynäkologe), dem Vicepräsidenten Dr. L. Bertenson, dem Secretär Dr. M. Halberstamm, dem Schatzmeister Dr. W. Hubert und den Leitern der einzelnen Sectionen. Mit dem Congress wird eine Ausstellung von Gegenständen, Karten, Plänen u. s. w., welche auf die Balneologie, Hydrologie und Klimatologie Bezug haben, verbunden sein. Wie wir hören, ist diese Ausstellung in den Räumen der militär-medicinischen Academie bereits fast ganz fertiggestellt.

— Die Pestepidemie in Ssamarkand. Vom Pestschauplatz im Gebiet von Ssamarkand liegen nun in dem «Prawit. West.» vom 30. October (11. November) einige officielle Nachrichten vor, aus denen hervorgeht, dass im Kischlak Ansob vom Auftreten der Epidemie bis zum 3. (15.) October von 357 Einwohnern dieser Ansiedelung 219 gestorben sind. Von da an bis zum 21. October (2. November) erkrankten weitere 19 Personen, starben 14 und verblieben 14 Kranke in Behandlung. Am 22. und 23. October (3. u. 4. November) kamen nach dem Bericht keine Neuerkrankungen in Ansob vor und war der Gesundheitszustand in den benachbarten Ansiedelungen und in den übrigen Gegenden des Ssamarkand-Gebiets und des Chanats von Buchara ein guter.

Als der Präsident der Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest, Sr. Hoheit der Prinz Alexander von Oldenburg, am 26. October (7. November) im Allerhöchsten Auftrage in der Stadt Ssamarkand eintraf, war eine richtige Absperrung des Kischlak Ansob, in welchem ein Krankenhaus eingerichtet worden, von den benachbarten Ansiedelungen bereits hergestellt und ärztliche Beobachtungspuncte in den nahe gelegenen kleinen Dörfern Margiph und Taschphan errichtet. Von den örtlichen Aerzten war die Krankheit als Bubonenpest erkannt worden; zur näheren Fixirung der Krankheit jedoch und zur möglichst richtigen Anordnung der Massregeln in Ansob wurde der bei Sr. Hoheit stehende Specialist für Bacteriologie, Docent der mil.-med. Academie Dr. Lewin, welcher im vorigen Jahre die Pest in Indien kennen gelernt hat, nach Ansob abcommandirt. Nach Kenntnissnahme der Meinungsäusserungen der örtlichen Autoritäten und des ärztlichen Personals wurden sodann folgende Massregeln ergriffen: es wird ein Netz von ärztlichen Beobachtungspuncten um den gesammten Ansteckungsherd organisirt und zwar in drei Linien derart, dass von denselben das ganze Gebiet, durch welches die Seuche von Ansob aus ins turkestansche Gebiet und in das Chanat von Buchara dringen könnte, umspannt wird. Ausserdem werden noch zahlreiche ärztliche Beobachtungspuncte längs der Amu-Darja-Linie und längs der transkaspischen Eisenbahn errichtet. Für das Chanat von Buchara werden Durchlassposten bei

den Berggipfeln von Tacht, Karatscha und Pakschigh und ärztliche Beobachtungspuncte in den hauptsächlichsten Städten organisirt. Hinter dem Netz der ärztlichen Beobachtungspuncte wird eine systematische Beobachtung durch fliegende medicinische Abtheilungen formirt. Auf den dortigen Eisenbahnen, auf den Schiffen am ganzen Ufer des Kaspischen Meeres und in Astrachan ist die Aufsicht verschärft worden. Es ist somit alles gethan worden, um das europäische Russland vor einem Eindringen der Seuche nach Möglichkeit zu sichern. Eine grosse Anzahl von Aerzten, Feldschern etc., welche gut honorirt werden (wie wir hören, erhalten die Aerzte für 3 Monate 3000 Rbl., die Feldscher 1000 Rbl.) ist in diese Gegenden abcommandirt worden und sind für den Nothfall Reserven von Aerzten, Feldschern etc. in den Städten Astrachan, Warschau, Moskau, St. Petersburg, Kiew, Kasan, Tomsk, Jurjew (Dorpat) und anderen gebildet worden. Impfmittel nach Yersin und Chawkin sind vorhanden und sollen von den Aerzten möglichst empfohlen und angewendet werden. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. October d. J. 7886 (11 mehr als in d. Vorw.), darunter 612 Typhus — (36 wen.), 824 Syphilis — (7 wen.), 126 Scharlach — (4 wen.), 162 Diphtherie — (3 wen.), 30 Masern — (2 wen.) und 14 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

Am 31. Oct. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7899 (13 mehr als in der Vorwoche.), darunter 630 Typhus — (18 mehr), 842 Syphilis — (18 mehr), 138 Scharlach — (12 mehr), 148 Diphtherie — (24 mehr), 34 Masern — (4 mehr) und 11 Pockenkranke (3 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—30 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	231	544	106	34	101	17	8	17	50	60	44	37	42	26	1	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 18, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 15, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 0, Grippe 9, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 26.

Für die Woche vom 25. bis 31. Ocfober 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
300	231	531	116	34	72	19	10	19	46	48	52	46	35	26	6	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 6, Diphtherie 30, Croup 3, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 2, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 47, Todtgeborene 27.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. November 1898.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. November 1898.

Tagesordnung: Dr. Westphalen, Ueber diffuse idiopathische Oesophagusdilatation.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Frau Amalie Schulze, Фонтанка № 137, кв. 119.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Берта Федоровна Панова, Фурштатская ул. д. 45, кв.

Дозв. ценз. Спб. 7 Ноября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 14. (26.) November 1898

Ueber chronischen Schnupfen.

Von

Dr. med. R. v. Rimscha.

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetag in Wolmar).

Meine Herren! Zu den verbreitetsten Krankheiten, die wir kennen, gehört der Schnupfen. Der Schnupfen ist so verbreitet, dass wir, sobald wir über das acute Stadium hinaus sind, ihn als etwas ganz selbstverständliches hinnehmen und ihn in Folge dessen en bagatelle behandeln. Jeder normale Zustand der Nase ist so selten, dass er zuweilen für pathologisch gehalten wird. Einige Male haben sich an mich Personen mit der Bitte gewandt, ihre Nase zu untersuchen unter folgender Motivirung: ich brauche nie, wie andere Menschen, ein Taschentuch, wo bleibt der Schleim eigentlich.

Die weite Verbreitung des Schnupfens und die daraus resultirende Wahrscheinlichkeit, dass wohl Jeder von Ihnen einmal in die Lage kommt, über einen Schnupfen einen ärztlichen Rath abgeben zu müssen, haben mich veranlasst auf oben genanntes Thema näher einzugehen. Ich beabsichtige dabei nicht, Sie mit Mittheilungen aus der Literatur resp. specialistischen Feinheiten zu ermüden, sondern will Ihnen mehr weniger vom practischen Standpunct aus ein Resumé geben über die im Laufe der Jahre in Betreff des chronischen Schnupfens gemachten Erfahrungen.

Was versteht das Publicum unter chronischem Schnupfen? Jede Nasenerkrankung, auch Eczema introit. nasi. Es wird wohl zuweilen fliessender und trockener Schnupfen unterschieden, doch ist der Unterschied gewöhnlich nur der, dass bei fliessendem Schnupfen der Schleim ins Taschentuch entleert, während bei trockenem Schnupfen der Schleim in den Mund fliesst und dann entweder ausgespieen oder verschluckt wird. Dass diese Eintheilung gar keinen Werth hat, ist selbstverständlich. Von Interesse ist aber, ob das Publicum beim chronischen Schnupfen ausser den Nasenbeschwerden noch andere Beschwerden angiebt und entsprechend der Neigung des chronischen Schnupfens, sich auf seine Nachbarorgane fortzusetzen, theile ich ihn, vom practischen Standpuncte aus, ein:

1. Chronischer Schnupfen mit Folgeerscheinungen,
2. » » ohne »

Beide Formen können einseitig resp. doppelseitig sein.

1) Chronischer Schnupfen mit Folgeerscheinungen. Die gewöhnlichen Folgeerscheinungen beziehen sich auf den Rachen, den Kehlkopf und die Ohren. Die Folgeerscheinungen sind bereits vor Jahren hier erörtert worden und ich will sie nur nochmals, als sehr wichtig, kurz berühren. Das Publicum ist über die Folgen des chronischen Schnupfens nicht genügend orientirt und wir haben daher

I. die Verpflichtung, die nahen Beziehungen zwischen Nase einerseits und Ohren resp. Kehlkopf andererseits dem Publicum gegenüber zu betonen, wobei der Anfang eines Catarrhs in der Nase zu suchen ist. Man hört nicht selten die Vermuthung aussprechen, dass das kranke Ohr allmählich die Nase in Mitleidenschaft gezogen hätte, während es in der That umgekehrt ist.

II. müssen wir, und das scheint mir noch wichtiger, nach Folgeerscheinungen suchen, da sie häufig von den Patienten gar nicht bemerkt werden, so z. B. glauben Patienten eine ganz normale Stimme zu haben und ausgezeichnet zu hören, während weder der Kehlkopf noch die Ohren intact sind. Wir haben leider für die Functionen des Kehlkopfs keinen Massstab und müssen uns damit helfen, dass wir die leichte Ermüdung des Organs als erstes Zeichen seines Ergriffenseins ansehen. Solche Patienten sind nicht im Stande 20 Minuten vorzulesen, ohne eine unangenehme Trockenheit im Halse zu spüren und den Wohlklang der Stimme einzubüssen. Zur Heiserkeit, im gewöhnlichen Sinne des Wortes, braucht es nicht gleich zu kommen. Wohl aber incliniren solche Patienten bei leichten Erkältungen zu lang andauernder Heiserkeit. Der Uebergang des

chronischen Schnupfens auf die Ohren ist relativ leicht zu eruiren. Prof. Bezold hat an Schulkindern Hörprüfungen gemacht und festgestellt, dass die Flüstersprache — gesprochen mit Residualluft ohne Anstrengung — von 50 pCt. über 20 Meter gehört wird. Legen wir diesen Massstab an, so erleben wir es häufig, dass manches sogenannte ausgezeichnete Gehör kaum $^1/_3$ der normalen Hörfähigkeit besitzt.

Häufiges Kratzen im Halse resp. Räuspern, Stiche in den Ohren resp. vorübergehendes Zugefallensein derselben will ich nur als Folgeerscheinungen des chronischen Schnupfens kurz anführen.

Eine weitere Folgeerscheinung des chronischen Schnupfens, der Kopfschmerz, beansprucht eine etwas genauere Erörterung. Es ist sicher, dass so mancher sogenannte nervöse Kopfschmerz von der Nase ausgeht. Das Publicum, zumal unsere Damenwelt, ist mit der Diagnose «nervöser Kopfschmerz» sehr rasch bei der Hand. Doch sind es besonders Empyeme resp. Caries nasi, die intensiven Kopfschmerz machen, während die Rhinitis chron. wohl mehr das Gefühl des eingenommenen, dumpfen Kopfes hervorruft. Heftiger Kopfschmerz mit geringem objectiven Nasenbefund, Abwesenheit von Empyem und Caries bei sonst gesundem Individuum lässt die Abhängigkeit des Kopfschmerzes von der Nase sehr fraglich erscheinen. Ich sage, nur Vorsicht mit den Reflexneurosen! Es giebt aber eine Form des chronischen Schnupfens, die mit Kopfschmerzen verbunden ist; doch wird gewöhnlich ausserdem noch über Undurchgängigkeit der Nase, schlechten Schlaf, häufiges Räuspern etc. geklagt. Ich möchte diese Form besonders als chronischen Schnupfen der Neurastheniker besprechen. Der chronische Schnupfen der Neurastheniker ist sowohl zu unterscheiden vom nervösen Schnupfen als auch von der Hysterie. Der objective Befund ist hierbei nie negativ, sondern nur relativ gering, die angegebenen Beschwerden sind nie absonderlicher Natur, sondern nur grösser, als sie dem objectiven Befund entsprechen; so wird ein eingenommener Kopf als Kopfschmerz empfunden; der chronische Schnupfen der Neurastheniker ist relativ häufig. In Bezug auf die Therapie dieses chronischen Schnupfens liegt die Frage sehr nah: Soll man nicht solche Patienten einfach abweisen, unter der Motivirung, dass der Schnupfen zu geringfügig sei und keiner Behandlung bedarf? Ich halte es für falsch, denn solche Patienten haben in der That einen Catarrh, unter dem sie mehr leiden als gesunde Menschen, und wollen unter jeder Bedingung von ihm befreit sein. Wohl muss aber die Therapie unter besonderen Vorsichtsmassregeln durchgeführt werden: sie muss natürlich vorzugsweise eine psychische und roborirend-diätetische sein. Kann der Arzt nicht den vollen psychischen Einfluss auf seinen Patienten ausüben — coquettirt z. B. der Patient mit einem ausländischen Professor — so hat die Behandlung keinen Zweck.

Bei der localen Behandlung müssen 2 Factore beobachtet werden:

I. Möglichst einfache Mittel, keine electrischen Apparate etc.

II. Die Behandlung darf sich nicht in die Länge ziehen.

Unter solchen Vorsichtsmassregeln erreicht man beim chronischen Schnupfen der Neurastheniker gute Resultate.

Ich gehe nun zum

2. Chronischen Schnupfen ohne Folgeerscheinungen über.

Im Allgemeinen stehe ich so: macht ein chronischer Schnupfen gar keine Folgeerscheinungen, so ist eine Behandlung nicht nothwendig. Da natürlich zu jeder Zeit Folgeerscheinungen auftreten können, so wird man eine Behandlung wohl befürworten, doch ist sie nicht absolut nothwendig, denn man muss zugestehen, dass ein chronischer Schnupfen in der That Jahrzehnte hindurch ohne Folgeerscheinungen bleiben kann. Doch eine Ausnahme möchte ich hier besonders hervorheben! es ist der chronische Schnupfen der Luetiker.

Meine Herren! Es kommt nicht selten vor, dass unter dem Bilde eines chronischen Schnupfens ohne Folgeerscheinungen eine schwere Nasenlues besteht. Sie gestatten, dass ich Ihnen in aller Kürze einige Krankengeschichten berichte:

1. Fall. Pat. A. wendet sich an mich, weil er seit einigen Monaten einen unbedeutenden Schnupfen hat, mehr rechts. Er habe gar keine Beschwerden und wäre — wie er quasi als Entschuldigung wegen unnützer Bemühung hinzufügt — auf Wunsch seines Chefs zu mir gekommen. Ein naher Verwandter, der Arzt ist, habe ihn auch vollkommen beruhigt. Vor vielen Jahren Lues gehabt, mehrere Jahre unter ärztlicher Aufsicht gestanden, sehr energisch behandelt. Patient sieht recht angegriffen aus, was er aber auf eine angestrengte geistige Thätigkeit zurückführt.

Objectiver Befund: Allgemeine geringe Drüsenschwellung. An dem vorderen Ende der rechten mittleren Muschel zum Nasendach hinziehend ein relativ grosser Tumor — die mikroskopische Untersuchung von Dr. H. Schwartz ergiebt Gumma —; hinter dem Tumor kleine cariöse Stelle. Entsprechende Allgemein- und Localbehandlung führt zur Heilung ohne Entstellung. Das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert. Patient ist Bräutigam.

2. Fall. Vor 2 Jahren habe ich Patient B. wegen einer Peritonsillitis behandelt. Eröffnung des Abscesses. Jetzt wendet sich Patient wieder an mich, seine Nase zu untersuchen. Er habe schon damals während der ersten Behandlung an chronischem Schnupfen gelitten, doch er wäre zu unbedeutend gewesen, um mich darauf aufmerksam zu machen. Er habe auch jetzt gar keine Beschwerden, nur da er zufällig in der Stadt ist, so bittet er mich, ihm seines chronischen Schnupfens wegen einen Rath zu geben. Vor vielen Jahren Lues gehabt, gut behandelt. Patient ist verheirathet und hat gesunde Kinder. Patient ist von kräftigem Aussehen.

Objectiver Befund: Allgemein geringe Drüsenschwellung. Am Septum eine ca. 50 kopekenstückgrosse Perforation mit ulcerösem Rand, eine ungefähr ebenso grosse Ulceration auf der hinteren Rachenwand. Das Ulcus liegt so, dass man dasselbe eigentlich nur dann zu sehen bekommt, wenn Patient würgt. Bei oraler Besichtigung wird es durch die Uvula verdeckt und bei der postrhinoskopischen Untersuchung erscheint ja die hintere Rachenwand so verkürzt, dass ich es in der That anfangs übersehen habe.

Beide Fälle sind sehr lehrreich. Beide Patienten gehören den guten Ständen an und ihre geringen Beschwerden können nicht durch Indolenz erklärt werden. Beide Patienten haben sich nur zufällig an mich gewandt, da sie einen unbedeutenden Schnupfen zu haben glaubten, während beide an schweren luetischen Nasenaffectionen litten. Dass luetische Nasenerkrankungen für chronischen Schnupfen gehalten werden und Patienten kaum glauben wollen, dass die vor vielleicht 20 Jahren durchgemachte Syphilis jetzt von neuem in der Nase auftritt, dafür könnte ich Ihnen mehrere Fälle anführen. Doch in all' den Fällen handelt es sich um einen chronischen Schnupfen mit Folgeerscheinungen: Schmerzen in der Nase, geringe Blutungen, eingenommener Kopf etc. die beiden angeführten Fälle aber beweisen, dass schwere luetische Nasenaffectionen zuweilen unter dem Bilde eines chronischen Schnupfens ohne Folgeerscheinungen auftreten können. Ich glaube deshalb berechtigt zu sein, den Satz aufzustellen, dass



Luetiker auch bei leichtem chronischem Schnupfen ohne Folgeerscheinungen sich zum mindesten einer genauen ärztlichen Untersuchung unterziehen müssen.

Ich erwähnte oben, dass chronischer Schnupfen sowohl mit als auch ohne Folgeerscheinungen, einseitig resp. doppelseitig sein kann. Einseitiger chronischer Schnupfen ruft immer den Verdacht eines tieferen Leidens hervor. Das näher zu begründen, würde mich zu weit führen.

Zum Schluss will ich noch mit wenigen Worten auf die Therapie eingehen. Im Publicum ist die Ansicht sehr verbreitet, dass der chronische Schnupfen unheilbar sei. Die gewöhnliche Form des chronischen Schnupfens ist die hypertrophische und gerade bei der Form ist die Therapie eine äussert dankbare. Bei grösseren Schwellungen benutze ich mit Vorliebe die kalte Schlinge, nur bei sehr harten Schwellungen die heisse, um Blutungen zu vermeiden. Von Aetzmitteln benutze ich sehr gern die Chromsäure, während ich die Galvanocaustik eingeschränkt habe. Sehr häufig komme ich mit Einträufelungen einer leichten Arg. nitr.-lösung $^1/_3$—1 pCt. vollkommen aus. Die Behandlung des Gesammtorganismus darf nie ausser Acht gelassen werden.

Die Ansicht von der Unheilbarkeit des chronischen Schnupfens, um nochmals darauf zurückzukommen, ist zum grossen Theil unsere eigene Schuld. Die Kenntniss der Rhinologie hat leider noch nicht die Verbreitung gefunden, die ihr zukommt, und so lässt man, wie vor vielen Jahren noch immer bei chronischem Schnupfen, Salzwasser in die Nase ziehen. Hierbei versündigen wir uns gegen den Grundsatz der Therapie: «Nil nocere». Denn es ist bei einiger Ueberlegung einleuchtend, dass wir durch Einziehen von Salzwasser einen chronischen Schnupfen nicht heilen können, dass wir aber dadurch einerseits unsere Patienten den Gefahren einer Otitis aussetzen, andererseits sie durch die vorübergehende Erleichterung, die ihnen das Einziehen von Salzwasser in die Nase verschafft, verleiten, ihren chronischen Schnupfen zu verschleppen. Es ist ja begreiflich, dass man nicht jeden Patienten mit chronischem Schnupfen zum Specialisten schicken kann und es ist auch gar nicht nöthig. Eine 14tägige Kur mit leichten Arg. nitr.-Einträufelungen wird manchen Schnupfen heilen, jedenfalls keinen Schaden anrichten. Und ist die Kur wirklich resultatlos — ad infinitum darf sie natürlich nicht fortgesetzt werden — so wird kein Patient deswegen seinem Arzt einen Vorwurf machen, während er dazu wohl berechtigt ist, wenn er durch Salzwassereinziehen eine Otitis acquirirt oder Jahre lang sein Leiden verschleppt hat.

Zehnter Aerztetag
der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wolmar vom 20—22. August 1898.

I. Sitzung.

(Schluss.)

Discussion über die 3 letztgenannten Vorträge.

Herr Fischer-Sagnitz: Die 3 Vortragenden haben den ärztlichen Nothstand dargelegt. Die Einführung einer Gebührenverordnung im Sinne des Herrn Prof. Dehio sei bei uns zu Lande sehr wünschenswerth, da ein Bedürfniss darnach entschieden vorliege. Ebenso wünschenswerth dürfte der Anschluss an den St. Petersb. ärztl. Rechtsschutzverein resp. die Gründung einer Filiale sein. — Redner befürwortet folgenden Vorschlag, den vor einigen Jahren eine Zeitung machte. Es sollte nämlich von jedem Recept eine Steuer von etwa 1—3 Kop. erhoben werden und auf diese Weise eine Art Pensionsfond zur Unterstützung von arbeitsunfähigen Aerzten resp. bedürftigen Wittwen und Waisen von Aerzten gegründet werden. Zu diesem Behufe sollten die Recepte entweder auf Stempelpapier geschrieben oder mit einer Marke versehen werden.

Herrn Wäber-Libau scheint die von Doctor Fischer vorgeschlagene Besteuerung der Recepte schwer durchführbar zu sein. Er schlägt vor, dass der livländische Aerztetag, falls er eine ärztliche Taxe ausarbeiten und dieselbe dem Gebrauch übergeben sollte, an die ärztlichen Vereine in Kurland und Estland mit dem Ansuchen gehe, dass die Letzteren auch eine Taxe für ihre Bezirke ausarbeiten mögen und dieselbe für die Glieder der betreffenden Vereine als bindend anzusehen wären.

Prof. Dehio-Jurjew: Es sei wünschenswerth zu erfahren, wie der Richterstand sich den ärztlichen Honorarforderungen gegenüber verhalte. Falls dieselben vom Friedensrichter anerkannt würden, sei nur die Ausarbeitung einer Gebührentaxe nöthig, auf Grund deren der Arzt seine Forderungen gesetzlich normiren könne. Die Beitreibung des Honorars könne dann den Gerichten überlassen werden.

Herr Wäber-Libau: Bei den wenigen in Libau beim Friedensgericht anhängig gemachten Honorar-Klagen der Aerzte habe der Friedensrichter ausnahmslos zu Gunsten des Arztes entschieden.

Herr Truhart-Jurjew: Es erscheint von wesentlicher Bedeutung sich in dieser überaus schwierigen Frage zunächst auf ein möglichst kleines Arbeitsfeld zu beschränken. Redner hatte mehrfach Gelegenheit gehabt, über die Honorar-Frage in Commissionen mitzuarbeiten und seien ihm die damit verbundenen practischen Schwierigkeiten aus eigener Erfahrung nur zu wohl bekannt. Schon vor 13 Jahren arbeitete eine zu diesem Zweck in Rujen, aus Aerzten der kleinen Städte und des flachen Landes zusammengetretene Commission eine für Livland — mit Ausnahme der grösseren Städte wie Riga und Dorpat — giltige Minimaltaxe aus, zu der sich alle damals auf dem Lande und in den kleinen Städten practicirenden Aerzte nachträglich durch Namensunterschrift verpflichteten. Die Taxe trat im Jahre 1886 in Kraft. In Dorpat sei im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre in einer Commission eine für die Dorpater Aerzte sehr detaillirte Gebührentaxe ausgearbeitet, die neuerdings in der dortigen Medicinischen Gesellschaft geprüft und nach mehreren Lesungen mit nur einzelnen kleinen Abänderungen und Amendements für die Glieder dieser Gesellschaft als bindend angenommen worden sei. Die ärztliche Honorarfrage oder vielmehr eine für ganz Livland giltige Gebührentaxe auszuarbeiten, würde insofern schon auf ganz unüberwindliche Schwierigkeiten stossen, als den naturgemäss durch die localen Verhältnisse gebotenen Verschiedenheiten in der Grossstadt und auf dem flachen Lande nicht Rechnung getragen werden könnte. Er schlüge daher vor, dass wir uns zunächst darauf beschränken, eine für das flache Land und die kleinen Städte giltige Gebührentaxe auszuarbeiten, um hierdurch zunächst eine Directive für diejenigen Aerzte anzubahnen, welche beruflich eine annähernd analoge Lebensstellung einnehmen. Und zwar lautet seine Proposition dahin, der Livländische Aerztetag wolle 2 Commissionen wählen, von denen die eine je 3 Aerzte aus den kleinen Städten in sich schlösse, während die andere aus 3 Landärzten und zwar einem frei practicirenden Landarzte, einem auf Grund des «Normalstatuts» angestellten Kirchspielsarzte und einem in Grundlage freier Vereinbarung mit den Gütern auf dem Lande practicirenden Arzte zusammenzusetzen wäre.

Diese beiden Commissionen hätten die Aufgabe, zunächst jede für sich mit etwaiger Anlehnung an die in Dorpat ausgearbeitete Taxe, eine solche aufzustellen, alsdann zu einer Gesammtcommission zusammen zu treten und eine gemeinsame Vereinbarung anzustreben. Das Resultat dieser definitiven Arbeit wäre alsdann dem nächsten Aerztetage zur Beprüfung und Beschlussfassung zu unterbreiten.

Der St. Petersburger ärztliche Rechtsschutzverein habe bisher nur das Recht, in jedem Gouvernement eine Filiale zu gründen, die ihren Sitz in einer Stadt haben muss. Da nun in allernächster Zeit in Dorpat eine solche Filiale gegründet werden soll, so scheine es practisch schwer durchführbar, wenn die «Gesellschaft livländischer Aerzte» mit ihren von Stadt zu Stadt wandernden Aerztetagen und bei dem zufolge des häufigen Wechsels ihrer Mitglieder schwankenden Bestande der Gesellschaft für Livland eine solche Institution ins Leben rufen wolle. Er schlage daher vor, Dorpat hierzu die Initiative zu überlassen, wobei es jedem Arzte Livlands freistehe sich der daselbst bestätigten Filiale des Petersburger Rechtsschutzvereins als Mitglied anzuschliessen.

Herrn v. Rimscha-Riga erscheint eine allgemeine für ganz Livland giltige Taxe kaum durchführbar, wohl aber eine facultative wie die von Prof. Dehio vorgeschlagene. Wünschenswerth erscheine es aber durchaus, dass zahlungsfähige Patienten, die absichtlich nicht zahlen, unbedingt verklagt würden. In derartigen Fällen sei bisher in Riga vom Friedensrichter stets zu Gunsten des klagenden Arztes entschieden worden.

Herr Apping-Wolmar: Die zunehmende ärztliche Concurrenz mache den Arzt vielfach im Kampf ums Dasein rücksichtsloser und habe ein Sinken der Collegialität zur Folge. Gegen diese im ärztlichen Stande selbst entstehenden Uebel-

stände, zu denen vor Allem auch das Unterbieten gehört, müsse angekämpft werden. Es müssten ärztliche Ehrengerichte und ähnliche in Westeuropa bestehende Institutionen ins Leben gerufen werden.

Herr Hampeln-Riga: Seiner Meinung nach sollte der Aerztetag resp. die etwaige Commission vor allen Dingen die Frage zu beantworten suchen, ob ein solcher Nothstand, wie er hier behauptet worden ist, auch wirklich vorliegt. Nach seinen früheren und gegenwärtigen Erfahrungen müsse er dies z. B. für Riga in Abrede stellen, wo, Dank vielleicht einer guten Tradition, die Beziehungen zwischen Arzt und Publicum zu keinerlei Sorgen um die sociale Stellung des Arztes Veranlassung zu geben scheinen. Aber auch den Nothstand angenommen, scheine es doch weiter fraglich, ob der empfohlene Weg zur Beseitigung desselben der geeignete sei. Die Frage sei eine sehr schwierige, durch Ueberlegung allein schwer zu entscheidende, seinem Gefühl widerstrebt das Einschieben einer Taxe in die Beziehungen zwischen Arzt und seine Hilfe suchenden Kranken. Sie scheine ihm auch wenig geeignet, das Standesbewusstsein selber und den ärztlichen Stand in den Augen der Kranken zu heben oder auch nur auf seiner gegenwärtigen Höhe zu halten, im Gegentheil befürchte er nach beiden Richtungen einen ungünstigen Einfluss. Aus diesem Grunde sei Redner überhaupt gegen die Ausarbeitung und Einführung einer Taxe, nur insofern möchte er sich dem Vorschlag des Herrn Professor Dehio anschliessen, als es in Ermangelung einer genügenden officiellen Taxe wünschenswerth erscheine, eine private auszuarbeiten, die in seltenen Klagefällen dem Arzt sowohl als dem Richter zur Richtschnur dienen könnte. Sonst aber sei er gegen eine Taxe.

Herr Sadikoff-Talsen: Die Taxe sollte nur als Minimaltaxe für Klagefälle gelten, sonst müsse es jedem Arzt überlassen sein, das Honorar selbst zu bestimmen oder es auch seinem Patienten zu überlassen, ihn je nach seinen Kräften und dem Maasse seiner Dankbarkeit zu honoriren. Ein Patient würde viele Rubel für einen Krankenbesuch zahlen, ein anderer nur 20 Kop., weil er wirklich nicht mehr hat. Würde der Arzt nun diese kleine, dem Vermögensstande des armen Mannes entsprechende Zahlung zurückweisen, so würde derselbe es gewiss empfinden, dass man ihm Unrecht thue und weder seine Lage noch seinen guten Willen richtig erkannt habe.

Redner glaubt, dass es besser wäre, nicht verschiedene Commissionen zu wählen, sondern eine grössere von z. B. 5 Gliedern, welche aus Landärzten und in der Stadt practicirenden Aerzten zusammenzusetzen wäre. Der Unterschied zwischen der Landpraxis und derjenigen in kleinen Städten sei nur ein geringer, da die Aerzte der kleinen Städte ja zum grössten Theil auch auf dem Lande Praxis hätten.

Herr Ed. Schwarz-Riga unterstützt die Ausführungen des Herrn Dr. Hampeln. So schwierige und wichtige Fragen bedürfen einer eingehenden Prüfung und einer Beurtheilung von den verschiedensten Seiten her. Wollte man sich ein objectives Urtheil über ein Ding verschaffen, so müsse man dasselbe von den verschiedensten Gesichtspuncten aus betrachten und um so höher der Gesichtspunct gelegen, von welchem man das Ding anschaut, einen um so weiteren Ueberblick erhält man. Die Einführung einer Taxe und das für dieselbe Gesagte fusse auf dem Standpunct des Rechts. Es sei gewiss unbestreitbar, dass der Arzt, der oft mit Aufopferung seiner eigenen Gesundheit und mit Anspannung aller seiner ihm zu Gebote stehenden Kräfte, Tags und Nachts seine Pflicht zum Wohle der leidenden Menschheit übe, sich ein Recht darauf erwerbe, vom Publicum so gestellt zu werden, das ihm materielle Sorgen fern bleiben, dass er, wenn er überhaupt ein höheres und arbeitsunfähiges Alter erreiche, nicht darbe.

Doch vom Standpuncte des Rechts allein ausgehend, komme man bei der Beurtheilung der hier in Betracht kommenden Dinge, wie überhaupt auch bei vielen anderen Dingen dieser Welt, oft schnell in die Brüche. «Es erben sich Gesetz und Recht wie eine ewige Krankheit fort!»

Der Standpunct der Pflicht sei der Anschauung des Vortragenden nach der höhere, der einen weiteren und daher einen gesichertern Ueberblick über die zu beurtheilenden Verhältnisse erlaube.

Beide in Betracht kommenden Parteien hätten Pflichten. Der Arzt habe Pflichten und sei bestrebt, ihnen in ausgedehntester Weise nachzukommen; das beweise neben vielem Anderen auch die Existenz dieses unseres Vereines! Von den Pflichten des Arztes könne heute in dieser Discussion füglich abgesehen werden!!

Jedoch das Publicum habe gleichfalls Pflichten; es soll den Arzt materiell so stellen, dass er, der Alles opfere, um die Sorgen anderer zu stillen, sich nicht selbst behufs materieller Sicherstellung der Seinen zu quälen habe; werden ihm diese schlimmsten Sorgen nicht genommen, so behalte er nicht die Kraft und Frische, um für seine Patienten gut zu arbeiten; also schon Selbstsucht und eigener Vortheil des Publicums müssten letzteres zwingen, den Arzt gut zu honoriren. Dass das Publicum aber diesen seinen Pflichten oft in sehr mangelhafter Weise nachkomme, das sei eine allgemeine und eine berechtigte Klage und jeder Arzt habe leider solches genugsam erfahren müssen.

Diesem Uebelstande werde jedoch durch Einführung einer Taxe wohl kaum abgeholfen werden; es sei vielleicht eher zu befürchten, dass ganz das Gegentheil sich nach Jahren nach Einführung der Taxe als Resultat herausstellen würde, Durch Einführung einer Taxe werde der ärztliche Stand zu einem Gewerbe gestempelt und davor hätten alle Aerzte, die den ärztlichen Stand hoch hielten, ihn zu schützen. Die ärztliche Thätigkeit sei nicht ein Gewerbe, sondern ein Beruf und zwar ein hoher und solle es ewig bleiben!!

Die Einführung einer Taxe gehe mehr oder weniger von der Anschauung aus, dass die Menschen einander gleich seien, gleiche Rechte beanspruchen dürften. Wenn auch Minimal- und Maximalsätze statuirt würden, so werde einerseits doch mehr oder weniger jeder Arzt dem anderen, andererseits alle verschiedenartigen das Honorar entrichtenden Elemente einander gleich gestellt; sie werden gezwungen, sich alle an eine gleiche Norm zu halten!

Die hier durchscheinende Anschauung von der Gleichheit der Menschen sei eine der unfruchtbarsten und deletärsten, die überhaupt existirten. «Alles Unglück in dieser Welt komme schliesslich her von der fehlerhaften Anschauung, dass die Menschen einer dem anderen gleich seien», sagt der grosse Carlyle.

Die Pflicht des Publicums, den Arzt zu honoriren, sei immer die gleiche!! Doch die Fähigkeit der einzelnen dem Arzt Verpflichteten, dieser Pflicht nachzukommen, sei eine durchaus verschiedene. Daher könne auch die Bestimmung der Höhe des Honorars nicht durch eine Taxe gemacht werden. Gewiss solle der Arzt vom Reichen hohe Honorare fordern und darin sollten sich die Aerzte unter einander unterstützen; dass solches leider oft nicht geschieht, sondern oft das Gegentheil der Fall ist, hat ja Herr Prof. Dehio in dankenswerther Weise offen ausgesprochen!

Die Erfahrung zeige, dass der Arme meist besser seinen Verpflichtungen dem Arzte gegenüber nachkomme, wenn er auch dem Arzte oft ein zehnfach kleineres Honorar zahlt, als der Reiche und Wohlsituirte!!

Herr Dehio-Jurjew (Dorpat): Der Ausdruck «ärztliches Gewerbe» brauche für unseren Stand nichts Kränkendes und Erniedrigendes zu haben. Unter Gewerbe verstehe er eine berufliche Thätigkeit, die gegen Geldeswerth geleistet werde und die Menschheit an materiellen Gütern bereichere. Nun sei die Gesundheit doch wohl eines unserer edelsten materiellen Güter und insofern könne man die practische ärztliche Thätigkeit wohl ein Gewerbe nennen, denn sie soll den Menschen und mithin der Menschheit Gesundheit schaffen. In diesem Sinne sei die ärztliche Praxis ein Gewerbe, das jedoch von hohen und edeln Ideen getragen werde und deshalb hoch über allen anderen Gewerben stehe.

Dem Recht des Arztes, ein Honorar zu fordern, entspreche vollkommen die Pflicht des Publicums, dieses Honorar zu zahlen. Der Arzt habe das Recht, ein Honorar zu beanspruchen, das der Grösse der ärztlichen Leistung entspreche und das er zugleich in humaner Weise der grösseren oder geringeren Zahlungsfähigkeit des Patienten anzupassen habe. Und ebenso habe das Publicum die Pflicht den Arzt, soweit die Mittel es gestatten, gut und preiswerth zu honoriren.

Theoretisch genommen, werde ein verständiger Arzt nie mehr verlangen, als ein vernünftiger Kranker ihm zu zahlen bereit sein werde. Es sei also nicht einzusehen, warum der Arzt die Fixirung des Honorars in einseitiger Weise lediglich dem Publicum überlassen soll. Der Arzt soll frank und frei das Honorar, welches er beanspruchen zu können meint, nennen. In Fällen aber, wo der Patient seiner Pflicht, den Arzt gebührend und nach Kräften zu honoriren, nicht nachkommt, da soll der Arzt es nicht unter seiner Würde halten, ihn durch Zusendung einer Rechnung an seine Pflicht zu mahnen.

Herr Ed. Schwarz-Riga. Die Meinungsdifferenzen mit Herrn Professor Dehio zeigen ja klar und deutlich, wie schwierig die ganze Angelegenheit in ihrer Beurteilung sei. Es sei jedoch gestattet nochmals zu betonen, dass, die ärztliche Thätigkeit als «ärztliches Gewerbe» zu definiren etwas höchst Missliches und Gefährliches an sich habe. In der Constatirung der schwierigen Lage, in der sich die Aerzte befänden, darin sei eine Meinungsdifferenz nicht vorhanden: auch nicht im Bestreben dieser Noth zu steuern, über die Wege, die eingeschlagen werden sollen um dieses Ziel zu er-



reichen, sei die Ansicht aber eine geteilte. Das Publikum solle an seine Pflicht, die es dem Aerzte gegenüber habe, wenn nöthig immer wieder erinnert werden; es sei daher für die Creirung eines «Rechtsschutz-Verein» gewiss warm einzutreten; doch die Creirung einer Taxe werde der Noth nicht die erhoffte Abhilfe bringen, sondern wahrscheinlich dem ärztlichen Stande schaden und die Noth noch vergrössern! Wenn Herr Professor Dehio sage: «dem Recht des Arztes ein Honorar zu fordern, entspreche vollkommen die Pflicht des Publikums dieses Honorar zu zahlen», so könne man ihm hierbei Recht geben! Man könne aber das Honorar nicht nach der ärztlichen Leistung, sondern einzig und allein nach der Zahlungsfähigkeit des Patienten normiren; dabei solle der Grundsatz gelten, dass sich der Arzt nicht wegwerfen solle und an den Reichen nicht niedrige sondern hohe Honorarforderungen stelle. Wo einigermassen geregelte Verhältnisse überhaupt existirten, könne man dort dem Publikum wohl die Fixirung des Honorar's überlassen; wo aber im speciellen Falle die Fixirung des Honorar's zur Sprache komme, solle obiger Grundsatz gelten. Den Armen solle man mit gleicher Lust und Liebe behandeln und pflegen. Man schaffe einen in allen seinen Gliedern hochstehenden und einigen ärztlichen Stand und man werde das in weit besserer Weise erreichen, was jetzt durch die Einführung einer Taxe erreicht werden solle.

In Deutschland sei man bestrebt, dieses zu erreichen durch staatlich zu creirende Aerzte-Kammern, zu denen jeder Arzt gehören müsse. Erst wenn man solches erreicht haben werde, sei die nötige Einigkeit angebahnt; ohne eine solche wären Massnahmen wie eine Taxe, abgesehen von Allem Gesagten, halbe Massnahmen und unwirksam; nur Einigkeit mache stark.

Herr Voss-Riga: macht darauf aufmerksam, dass in Deutschland die Erfahrung gelehrt habe, dass bei bestehender Taxe sich die effectuirten Honorare de facto immer mehr den Minimalsätzen nähern und nicht den höheren Sätzen. Die Einführung einer Taxe könne also ein Schnitt ins eigene Fleisch sein.

Herr O. Klemm-Riga: Die Auffassung des Herrn Dr. Treymann betreffend die Stellung des Arztes im Alterthum entspreche nicht genau den thatsächlichen Verhältnissen, indem Hippocrates schon über die Misere des ärztlichen Berufs klage.

Die schiefe Stellung des Arztes werde schwerlich durch Regelung der Honorarfrage allein gebessert. Zur ärztlichen Wertschätzung gehöre vom Standpunkt des Laienpublikums aus zum Ersten die erfolgreiche Behandlung. Dieselbe liege z. B. beim Zahnarzt, Chirurgen und Geburtshelfer meist effectiv vor, sei aber beim Internisten — namentlich in Klagefällen — häufig nicht vorhanden. Erstere hätten in dieser Beziehung viel seltener Dfferenzen mit dem Publikum als letztere.

Die schlechte Stellung des Arztes sei einerseits abhängig von verschiedenen Erfolgen in der Behandlung, andererseits von der im Kampf ums Dasein sinkenden Moralität vieler Collegen. Letzterer müsse seine Leistung selbst schätzen nach dem Princip: «wie man sich selbst schätzt, so wird man geschätzt». Da Klagen gegen nicht zahlende Clienten gelegentlich nicht zu vermeiden sind und sich der ärztliche Rechtsschutzverein in Petersburg bewährt hat, so schliesse man sich diesem Verein an und überlasse die Erledigung der Taxenfrage der Zukunft.

Herr Etzold-Hallist: praktizirt seit 4 Jahren in einem Kirchspiel, wo sein Vorgänger jeden säumigen Zahler verklagt habe und vom Friedensrichter jedesmal seine Forderungen anerkannt worden seien. Seitdem dieser Modus nicht mehr eingehalten werde, steige die Zahl der säumigen Schuldner und der ausstehenden Summen von Jahr zu Jahr.

Herr Hampeln-Riga glaubt nochmals auf die ethischen Bedenken gegen Taxation der Beziehungen von Arzt und Kranken hinweisen zu müssen. Es würde damit die Besonderheit, die Höhe des ärztlichen Standes und Berufes sowohl in den Augen des Arztes selber als in denen des Publikum's herabgedrückt, der Stand des Arztes zu einem Gewerbe verändert, das sei er aber nicht, sondern nach dem Gefühle aller Zeiten etwas Anderes, Höheres. Redner zweifele übrigens auch an dem materiellen Nutzen einer Taxe, so dass er sich nochmals gegen die Aufstellung einer solchen aussprechen müsse.

Herr Truhart-Jurjew (Dorpat) pflichtet den Anschauungen Dr. Hampeln's bei, dass vor der Wahl einer Commission zur Ausarbeitung einer Taxe vor Allem die principielle Frage entschieden werden müsse, in wieweit nämlich der Aerztetag es für opportun halte, diesem so viele Probleme in sich schliessenden Thema überhaupt näher zu treten. Mit mehreren der von Dr. Hampeln vertretenen Ansichten könne Redner sich aber keineswegs einverstanden erklären. So sympathisch ihm auch in vieler Beziehung die von Dr. Hampeln vertretene ideale und vornehme ärztliche Stellungnahme sei, so scheine sie doch der Einseitigkeit nicht zu entbehren so könne doch die Honorarfrage nicht lediglich vom idealen und ethischen Gesichtspunkte aus beurtheilt werden, sie habe auch ihre nüchterne, geschäftliche Seite: Die Frage der Existenz des Arztes im Kampfe um's Dasein, welche sich je nach der Lebensstellung des Arztes, je nach dem Ort und den Verhältnissen verschieden gestalten werde. Ferner entspreche es nicht den thatsächlichen Verhältnissen, wenn Dr. Hampeln das Bedürfniss der Aerzte, hier zu Lande der Honorarfrage näher zu treten, in Abrede stelle. Nur zu oft trete an die in Dorpat practicirenden Aerzte — und es erscheine schwer denkbar, dass das in Riga nicht auch der Fall sein sollte — die Frage von Seiten des Publikums heran, wie viel für die Consultation, wie viel für die Operation, wie viel für die ärztliche Hülfeleistung während einer bestimmten Zeit, wie viel für eine Hausarztstelle u. s. w. zu zahlen sei. In solchen Fällen erscheine es dringend wünschenswerth, dass es eine, wenn auch schwankende Norm gäbe, die den Aerzten als Directive diene, da ganz willkürliche, für ein- und dieselbe Hülfeleistung weit von einander abweichende Forderungen von Seiten des Arztes nur dazu beitragen können, die Würde des ärztlichen Standes zu untergraben. Vom Publikum dazu gedrängt, habe die Dorpater Medicinische Gesellschaft die oben erwähnte Taxe ausgearbeitet, die zunächst nur insofern bindende Kraft habe, als sie für den Fall der von Seiten des Publikums an den Arzt herantretenden Fragestellung als Directive zu gelten habe.

Dr. Schwarz gegenüber hebt Redner die Pflicht des Arztes hervor, dem Publikum die Vergütung der ärztlichen Hülfeleistung zu erleichtern. Der Patient habe das Recht vom Aerzte zu verlangen, dass er sage, wieviel er ihm schulde. Man trete auch der Ehre des Patienten zu nahe, wenn man ihm die Möglichkeit entziehe, den Arzt nach Gebühr zu honoriren.

Dr. Voss gegenüber führt Redner an, dass die Aufstellung eines Minimalsatzes allein insofern unzweckmässig sei, als letzterer erfahrungsgemäss zum Normalsatz für das Publikum werde und alsdann die Durchschnittshonorirung des Arztes weit unter das Niveau berechtigter Anforderungen herabsinke. In der Dorpater Taxe sei daher entsprechend der qualitativen ärztlichen Hülfeleistung resp. den verschiedenen Vermögensverhältnissen der Patienten den Honoraransprüchen ein durch einen Maximal- und Minimalsatz schwankender Spielraum geboten.

Redner schliesst sich dem Vorschlage von Dr. Sadikoff an, nur eine aus 5 Gliedern bestehende Commission zu wählen und zieht seinen diesbezüglichen Antrag, 2 Commissionen zu wählen, zurück.

Herr von Bergmann-Riga proponirt ebenfalls die Wahl einer Commission, welche die ganze Angelegenheit besprechen soll, damit auf dem nächsten Aerztetage ein gut durchdachtes Elaborat vorliege.

Herr Truhart-Jurjew (Dorpat) präcisirt die Aufgabe der zu erwählenden Commission dahin: Dieselbe soll dem nächsten Aerztetage eine ausführliche Bearbeitung der Frage vorlegen, in welcher Weise derselbe zu den Vorschlägen der Ausarbeitung einer Taxe resp. des Anschlusses an den «St. Petersburger Rechtsschutzverein» Stellung zu nehmen hätte.

Der Vorschlag, eine mit dieser Aufgabe betraute Commission zu wählen wird von der Versammlung angenommen.

Zu Gliedern dieser Commission werden gewählt die Herren Dr. Dr. Truhart, Hampeln, Fischer, Apping.

Auf Vorschlag von Dr. Truhart wird in Abwesenheit noch Dr. Kupffer-Talkhof in die Commission gewählt.

In Anbetracht der vorgerückten Tageszeit wird der Rest der Tagesordnung auf die nächste Sitzung verschoben.

Schluss der I. Sitzung.

Dr. med. Wilhelm Vierhuff,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Es wird von den meisten unserer Leser mit Freude begrüsst werden, dass die weltberühmten Berliner Firmen W. A. Hirschmann und H. Windler sich zusammengethan und hier, in Petersburg, eine Filiale für electromedicinische Apparate und chirurgische Instrumente errichtet haben. Unsere einheimische Industrie in dieser Branche befindet sich in einem durchaus unbefriedigenden Zustande, wie wir Alle es zu unserem Verdruss vielfältig erfahren haben. Wir können daher zufrieden sein, durch die Errichtung der genannten Filiale der weitläufigen persönlichen Relationen mit dem Auslande enthoben zu werden. Die Preise sind Catalogpreise mit Zuschlag der Zollgebühren.

Die Adresse ist: Filiale Hirschmann-Windler, St. Petersburg, Katharinen-Kanal № 15. — Leiter der Filiale ist Herr W. Becker.

— Unser Landsmann Dr. Ernst Mehnert, bisher Assistent am anatomischen Institut in Strassburg, ist als ausserord. Professor für Anatomie und Vorsteher der histologischen Abtheilung nach Halle a/S berufen worden. Wir freuen uns nicht nur für unseren Dorpater Commilitonen, sondern wünschen auch den deutschen Universitäten Glück zu dem vorurtheilslosen Entschluss, mit dem sie wirklich würdige Kräfte sich nutzbar zu machen verstehen, ohne kwaspatriotische und nepotistische Rücksichten zu üben. Folgende biographische Notizen entnehmen wir der «St. Petersburger Zeitung».

Professor Dr. Ernst Mehnert ist im Jahre 1864 zu St. Petersburg geboren als Sohn des Akademikers Ernst Mehnert, absolvirte die St. Petrischule und studirte seit 1882 in Dorpat Medicin. Seine Doktordissertation (1888) betraf ein pathologisch-anatomisches Thema und war unter Prof. Thoma geschrieben. Mehnert's erster Lehrer in der Anatomie war Ludwig Stieda, jetzt Professor in Königsberg. Die Anregung zu selbstständigen Untersuchungen wie auch die Richtung seiner ersten Publikationen verdankt M. einer Preis aufgabe, welche er unter Leitung von Emil Rosenberg, jetzt Professor in Utrecht, mit Erfolg löste. Die alma mater olim Dorpatensis hat also M. nicht nur die akademische Ausbildung, sondern auch die Grundlage für seine wissenschaftliche Richtung gegeben. Im Sommer und Herbste 1889 unternahm M. eine Studienreise an das Schwarze Meer. Im Winter darauf von Professor Schwalbe als Assistent an das anatomische Institut zu Strassburg i. Elsass berufen, habilitirte M. sich zwei Jahre darauf in Strassburg für Anatomie, vergleichende Anatomie und Entwickelungsgeschichte. In Strassburg war der junge Gelehrte mit der Secirabtheilung betraut, führte die anthropologische Messstatistik aus und gab einen grossen Katalog der Strassburger anthropologischen Sammlung heraus, setzte aber auch seine entwickelungsgeschichtlichen Untersuchungen fort und gewann auf einer Studienreise nach Egypten sowohl reiches anthropologisches Material als auch eine Kollektion von 150 Straussembryonen. Die letzten Arbeiten Mehnert's bewegen sich auf biologischem Gebiete und betreffen insbesondere Vererbungsfragen; in denselben lehnt er sich an seinen Dorpater Lehrer Professor August Rauber an. Das Ergebniss aller vergleichend embryologischen und biologischen Untersuchungen Mehnert's ist als Monographie zusammengefasst unter dem Titel «Biomechanik» erschienen.

— Im Januar 1899 begeht in Moskau der dortige Arzt Dr. W. F. Sprimon sein 25jähriges Jubiläum als Herausgeber und Redacteur des ältesten russischen medicin. Referaten-Journals «Medizinskoje Obosrenje». Zur Veranstaltung einer Feier, welche am 10. Januar 1899 stattfinden soll, hat sich, wie dem «Wratsch» mitgetheilt wird, ein Comité gebildet, das auch Beiträge zur Bildung eines Capitals auf den Namen des Jubilars entgegennimmt. Diese Beiträge werden bis zum 20. December d. J. unter der Adresse: Редакція журнала «Дѣтская Медицина», Москва, Больница Св. Ольги erbeten.

— Der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Boldyrew, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist in den Ruhestand getreten.

— Zum Präses der Prüfungs-Commission zur Erlangung der Doctorwürde bei der militär-medicinischen Academie ist der Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. A. Lebedew ernannt worden.

— Von der medicinischen Facultät der Kiewer Universität wird bekannt gemacht, dass der Lehrstuhl der Pharmakologie an der genannten Universität erledigt ist und etwaige Candidaten, welche nach dem § 99 des Statuts der russischen Universitäten sich für diesen Lehrstuhl eignen, ihre Gesuche unter Beifügung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten und eines curiculum vitae bis zum 30. Januar 1899 auf den Namen des Decans einzureichen haben.

— Ernannt: Der Oberarzt des Militärhospitals in Nowogeorgiewsk, wirkl. Staatsrath Dr. Treskin — zum Corpsarzt des 5. Armeecorps.

— Verabschiedet: Der Corpsarzt des 5. Armeecorps, Geheimrath Dr. Popow, auf eigenes Ersuchen.

— Verstorben: 1) Am 7. Nov. in St. Petersburg der Senior der hiesigen Aerzte, Geheimrath Dr. Eduard Glaeser, im Alter von 86 Jahren. Aus Hamburg gebürtig, bezog der Hingeschiedene im Jahre 1831 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1838 Medicin studirte und auch den Arztgrad erlangte. Nachdem er sodann seine Studien in Wien fortgesetzt, fungirte er von 1839—47 als Ordinator am Marinehospital in Kronstadt, um dann nach St. Petersburg überzusiedeln, wo er bis 1867 die Stellung eines jüngeren Arztes und zuletzt die des Oberarztes am Seecadettencorps bekleidete. Im Jahre 1887 nahm er wegen vorgerückten Alters seinen Abschied und verlebte seine letzten Jahre in St. Petersburg. — 2) Der Arzt der Odessaer Grenzwache Alexei Semenow im 36. Lebensjahre an chronischer Nephritis. Als er zur Cholerazeit im Dienste der taurischen Landschaft stand, wäre er beinahe ein Opfer der blinden Wuth eines jüdischen Pöbelhaufens geworden, welcher ihn bis in die Apotheke verfolgte und dort belagerte. — 3) In Moskau der dortige Arzt Alexander Tugendhold im 59. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er fast 35 Jahre ausgeübt. — 4) In Triest der frühere Chef des österreichischen Marinesanitätswesens, Dr. August Ritter v. Jilek, 80 Jahre alt, seiner Zeit Leibarzt des unglücklichen Kaisers Maximilian.

— Der bekannte Psychiater Prof. Hitzig in Halle ist zum Ehrenmitglied der Reale Academia di Medicina in Rom ernannt worden.

— Die Stadt Odessa erhält in nächster Zeit ein neues Krankenhaus, das von den dortigen Fabrikanten für ihre Angestellten und Arbeiter errichtet und unterhalten werden wird. Für den Posten des Oberarztes dieses Krankenhauses ist einstimmig Dr. Nikolai Käfer, ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er auch die Doctorwürde erlangt hat, gewählt worden. Ausserdem werden acht Fabriksärzte mit einem Jahresgehalt von je 840 Rbl. angestellt werden.

— Die odontologische Gesellschaft in Moskau hat die Concession erhalten zur Herausgabe einer neuen zahnärztlichen Monatsschrift unter dem Titel «Odontologische Rundschau», welche von den Aerzten I. M. Kowarski, S. P. Irenius und M. M. Tschemodanow redigirt werden wird.

— Im Juli-Monat des nächsten Jahres wird in St. Petersburg der II. allrussische zahnärztliche Congress stattfinden. — Nach den Ausweisen des Medicinaldepartements beläuft sich die Zahl der Personen, welche die zahnärztliche Praxis in Russland ausüben, auf 1325, und zwar 245 Zahnärzte und 1080 Dentisten.

— Der Personalstatus der Odessaer medicinischen Facultät, welche definitiv im nächsten Jahre eröffnet werden wird, ist bereits von der hierzu eingesetzten Commission ausgearbeitet worden. Die Commission proponirt für den ersten Cursus der medicinischen Facultät 3 ordentliche und 2 ausserordentliche Professoren, 5 Privatdocenten und 9 Assistenten. Im ersten Cursus werden Anatomie, Embryologie und Histologie, ausserdem die naturwissenschaftlichen Fächer Botanik, Chemie, Physik etc. gelesen werden.

— Die Gesellschaft russicher Aerzte in Moskau eröffnet mit Genehmigung des Ministers des Innern in nächster Zeit Curse zur Ausbildung von Frauen für den Apothekerberuf (Apothekergehilfe und Provisor).

— Den Cursus der medicinischen Facultät in Charkow absolvirten in diesem Jahre 179 Studirende. Den Arztgrad erlangten in Charkow unter Anderen 10 ehemalige Studenten ausländischer Universitäten und 2 Frauen.

— Von der medicinischen Prüfungs-Commission bei der Moskauer Universität, welche soeben ihre Thätigkeit eingestellt hat, wurde 205 Personen (darunter 43 mit Auszeichnung) der Aerztegrad zuerkannt. Fünfzehn der Geprüften gehörten dem weiblichen Geschlecht an, darunter 2 aus den südslavischen Staaten. Sechs Personen haben das Examen nicht bestanden und 4 Personen haben sich in mehreren Fächern einer nochmaligen Prüfung im nächsten Jahre zu unterwerfen.

— Die Pestepidemie in Ssamarkand und Indien. Nach dem neuesten Bericht der Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest haben die Erkrankungen im Kischlak Ansob augenscheinlich nachgelassen. Zu den am 23. October dortselbst verbliebenen Kranken kam bis zum 4. November nur 1 hinzu, starben 4 und genasen 9, so dass am 4. November nur 2 Pestkranke in Behandlung verblieben. In den übrigen Gegenden Ssamarkand's und Buchara's steht Alles gut. Ansob bleibt jedoch wie bisher umzingelt und von jedem Verkehr abgesperrt. Ein am 5. November ins Männerhospital der Stadt Ssamarkand eingelieferter mit verdächtigen Symptomen erkrankter Bauer aus Merw, welcher am nächsten Tage starb, litt an einer schweren Form von Malaria, wie solches durch eine mikroskopische Untersuchung seines Blutes (zahlreiche Plasmodien) und die Section sicher constatirt werden konnte. — Die aus Indien einlaufenden Pestberichte constatiren eine mässige Zunahme der Seuche in der Präsidentschaft Bombay, wo vom 8.—14. Oct. n. St.



113 Personen erkrankten und nur 208 mehr als als in der Vorwoche starben. Im Ganzen erkrankten dort 5674, und starben 4221 Personen an der Pest. Die Stadt Dscharwar ist wie ausgestorben. In der Präsidentschaft Madras kamen nur einzelne Erkrankungen vor, in Calcutta keine.
Bf.

— Vacanz: Am 1. Januar 1899 wird die Stelle eines Arztes in Klein-St. Marien (Estland) vacant. Genauere Daten giebt N. v. Dehn, Kono, per Station Ass.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 24. November 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. November 1898.
Tagesordnung: Dr. Westphalen, Ueber diffuse idiopathische Oesophagusdilatation.

Дозв. ценз. Спб 14 Ноября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 5

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, 21. November (3. December) 1898

Zur Beurtheilung der Frauenmilch.

Von

Dr. med. Otto Klemm,

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. Livländischen Aerztetage zu Wolmar.)

Meine Herren! Vor einem Jahre zeigte ich Ihnen, dass trotz der bedeutend verbesserten sanitären Verhältnisse, die die Gesammtmortalität fraglos herabgesetzt haben, die Säuglingssterblichkeit in Riga nicht gesunken ist und machte hierfür in allererster Linie die Schwäche unserer Frauen verantwortlich. [1])

Inzwischen ist ein kleines Büchlein von Heubner erschienen «Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler», und im Vorwort hierzu heisst es, ganz in Uebereinstimmung mit meinem Befunde für Riga, «die Säuglingssterblichkeit in unserem Vaterlande und in unserer Grossstadt (Berlin) gehört zu denjenigen Problemen, denen der Fortschritt in der öffentlichen und privaten Hygiene noch nicht beizukommen vermocht hat», und in der Einleitung « . . beide Arten der Säuglingsernährung haben . . . gleichen Anspruch auf Beachtung und eingehendes Studium, die natürliche weil sie als Norm für die Einrichtung der künstlichen zu dienen hat, die künstliche weil die natürliche leider sehr oft, ja wie es scheint in zunehmendem Verhältniss unmöglich ist».

Ueber diese Unmöglichkeit spricht Heubner sich nicht näher aus, was um so wünschenswerther gewesen wäre, da er selbst noch bis vor Kurzem die Muttermilch in fast allen Fällen für zuträglich gehalten hatte, gegen welche Auffassung ich principiell Front gemacht habe. [2])

Ich verlangte und verlange auch jetzt noch, dass nicht im Allgemeinen die Frauenmilch als Norm für die künstliche Ernährung zu dienen hat, sondern dass die gute Milch von der minderwerthigen streng zu trennen ist. Erstere soll uns ein Vorbild für die künstliche Ernährung sein, aus letzterer lernen wir, wie wir es nicht machen dürfen.

Zu solcher Erkenntniss führt nur ein Weg: die klinische Beobachtung und die chemische Analyse — beides zusammen genommen.

Gedeiht ein Kind an der Mutterbrust, d. h. besteht gute Beschaffenheit der Stühle, Gewichtszunahme und regelrechtes Körperwachsthum, so ist die Milch gut, gedeiht es nicht, so ist sie schlecht, vorausgesetzt, dass alle sonstigen Bedingungen zur normalen Entwickelung vorhanden sind. Die beiden Milchen müssen sich chemisch differenziren lassen.

So einfach diese Consequenz klingt, so wunderbar ist es, dass man bisher verabsäumt hat, sie weiter zu verfolgen. Mit den gröbsten Reactionen konnten allerdings keine auffallenden Unterschiede wahrgenommen werden, aber dann dürften auch klinische Thatsachen nicht derart ignorirt werden wie es de facto geschehen ist.

Die gewaltige Zahl Dyspeptiker gerade bei Muttermilch, trotz aller Vorsichtsmassregeln, trotz 2—3 stündiger oder noch seltener Mahlzeiten, in kleinen oder grösseren Quantitäten, trotz wechselnder Darreichung beider Brüste, trotz grosser Umsicht bei der Auswahl der Nahrung für die Stillende, trotz jeglicher medicamentöser Einwirkung schüchterner und dreisterer Art — die müssen Andere doch auch erlebt haben?

Und sie haben sie auch erlebt, aber sie schweigen darüber; sowohl die neuere Literatur als auch der practische Arzt. Ich kann mir diesen Indifferentismus nur aus einer gewissen Scheu vor diesen Dyspepsien erklären; man scheint nicht recht zu wissen, wie man sich zu ihnen zu stellen hat, und die Furcht vor der künstlichen Ernährung steckt zu sehr in Aller Glieder, um aggressiver zu handeln. Man ist eben zufrieden, wenn die Sache nicht ärger wird. Die ältere Literatur hingegen ist voll guter, anregender diesbezüglicher Mit-

[1]) cf. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1898. Bd. XLVII, 1. «Ueber die Grundprincipien der Säuglings-Ernährung — Otto Klemm.»
[2]) l. c.

theilungen, auch Rathschläge, entsprechend der sicherlich schärferen Beobachtungsart unserer Vorfahren, woraus man nur das eine entnehmen kann, dass nämlich eine verschiedene Begriffsbestimmung dieser Zustände wohl vorkommen, ein Uebersehen derselben aber unmöglich sein kann.

Mehr oder weniger kurze Zeit nach dem Trinken werden die Kinder unruhig, immer mehr und mehr, brechen schliesslich in ein mörderliches Geschrei aus, agiren mit Händen und Füssen, und werden durch keine Mühen der Angehörigen auf die Dauer zur Ruhe gebracht, am ehesten noch durch eigenes Zuthun, durch Entleerung stückiger, schleimiger oder flüssiger, gelblichgrünlicher Faeces, wonach dann eine kurze Ruhepause weiteres Geschrei unterbricht. Bessere Zeiten wechseln mit schlechteren, im Grossen und Ganzen aber ist dieser Zustand ein constanter: dyspeptische Stühle mit und ohne Koliken, etwas seltener mit Erbrechen, häufiger ohne, in letzterem Falle sehr oft mit ganz regulärer Gewichtszunahme aber nicht befriedigender Körperentwickelung, im Sinne einer Verzögerung derselben, der Rachitis.

Ich habe diese Verdauungsstörungen — wie gesagt — so häufig und immer in demselben scharf umgrenzten, soeben skizzirten Bilde gesehen, dass ich hinsichtlich ihrer Verhütung für practisch ausserordentlich wichtig halte, über ihre Entstehung eine richtige Vorstellung zu gewinnen.

Wie lassen sie sich erklären? Die Definition für die Dyspepsie, wie sie Widerhofer gegeben hat, ist ganz ausgezeichnet. Sie besteht nach ihm «aus einem Complex von Symptomen, welche aus nahezu aufgehobenem, perversen oder mangelhaftem, mindestens verlangsamten Verdauungsprocess resultiren». Es ist allerdings diese Erklärung etwas weit gefasst, sie hat aber das für sich, dass sie nichts präjudicirt. Das Wesentliche in der Dyspepsie ist der abnorme Verdauungsprocess, und als Ursache für die reine, uncomplicirte Form, über welche ich hier spreche, beschuldige ich eine ungeschickte Zusammensetzung der Nahrung. Setzen Sie diese nur um ein Geringes, das Fehlende, anders zusammen, so wird dadurch die Dyspepsie geheilt.

Ich kann hier nicht näher auf die verschiedenen Ansichten der Autoren, auch nicht auf die chemischen und bacteriellen Umsetzungen des Darminhalts eingehen, der meiner Meinung nach bei dieser Dyspepsie unter dem Einfluss normaler Functionen des Gedärms steht, unerwähnt will ich nur nicht lassen, dass diese anormalen Vorgänge sicherlich zu Stande kommen auf Grund und Boden der seiner Zeit von Escherich geschilderten, jedoch nicht gebührend anerkannten, hochbedeutsamen Wechselwirkungen der Kohlenhydrate und Eiweisse, und ich füge hinzu der Fette, wohl auch der Salze und der anderen noch unbekannten Stoffe der Milchnahrung.

Alle Umsetzungen im Darm werden beeinflusst und modificirt durch die Verschiedenheit der Einzelsubstanzen. So möchte ich die Dyspepsie auf Grund meiner Forschungen als einen Vorgang bezeichnen, der sich gewissermassen selbstständig im Körper abspielt, der durch allgemeine oder medicamentöse Massnahmen nur vorübergehend, oder gar nicht gebessert wird und der oft wie mit einem Schlage schwindet, wenn das Nahrungsgemisch richtig geändert wird.

Streng zu trennen ist aber diese Dyspepsie von der sogenannten «nervösen» oder der durch andere Krankheiten bedingten, die beide durch primär entstandene intestinale Functionsanomalien hervorgerufen werden.

Unsere Dyspepsie kann das Individuum wohl krank machen, braucht das aber nicht zu thun bei kürzerem oder leichterem Bestand.

Meine anfänglichen Frauenmilch-Untersuchungen gestatteten den Schluss, dass bei einem entsprechend der Lactationsdauer zu hohen Zuckergehalt und desgleichen zu geringen Eisengehalt, bei sonst gleicher Gesammteiweissmenge die Milch für minderwerthig zu halten sei.[3])

Nun kamen mir bei weiterem Arbeiten Fälle vor, wo klinisch Dyspepsien anscheinend durch die Milch hervorgerufen waren, chemisch aber kein eigentlicher Beleg dafür hervortrat, insofern Zucker, Eisen und Gesammteiweiss von der Norm nicht wesentlich abwichen; erst als ich speciell dem Eiweisskörper meine Aufmerksamkeit zuwandte, erschienen wieder grössere Differenzen.

Ist das Eiweiss der Frauenmilch ein einheitlicher Körper? Diese Cardinalfrage ist so ohne Weiteres nicht zu beantworten. Hier steht Meinung gegen Meinung. Die Mehrzahl der Forscher nimmt verschiedene präexistirende Körper an, Caseïn, Lactalbumin, unbekannte N-substanzen und Extractivstickstoff.

Ihnen schliesse ich mich völlig an und füge den von Schlossmann letzthin[4]) dafür angeführten Gründen noch folgende hinzu:

1) Fällt man das Caseïn in der Menschenmilch durch Essigsäure und kocht das Filtrat unter unvollständiger Rückalcalisirung, so fällt ein gewisser Theil Eiweiss als Albumin aus. Aus ein und derselben Milch stets dieselbe Menge. Im Albuminfiltrat findet sich wieder ein constantes Quantum von N-Rest.

Fällt man aus derselben Milch mit Lab das Paracaseïn aus, kocht das Filtrat unter geringer Ansäuerung, bestimmt im Albuminfiltrat dann den N-Rest und vergleicht beide Resultate mit einander, so findet man die Menge Labcaseïn geringer als Säurecaseïn, den Rest bei der Labfällung dafür um dieselbe Menge vermehrt, während das Lactalbumin hier wie dort in gleicher Quantität ausgekocht ist.

	Essigs. Fällung	Labfällung
Caseïn	0,42 pCt.	0,21 pCt.
Albumin	0,44 »	0,44 »
N-Rest	0,15 »	0,40 »

2) In verschiedenen Milchen von gleicher Gesammteiweissmenge lassen sich verschiedene Mengen Caseïn und Albumin ausfällen und jede Milch bewahrt, unter gleichen Bedingungen, möglichst ihren Antheil.

3) Die Caseïnmenge nimmt mit der Lactationsdauer in anderem Verhältniss ab, als die Albuminmenge — und zwar individuell verschieden.

4) Caseïnreichere Milchen sind leichter zu fällen und schwerer zu veraschen als Caseïnärmere bei sonst gleicher Gesammteiweissmenge.

Dass diese Verhältnisse noch weiter geprüft werden, halte ich für absolut erforderlich, sie festzustellen für die Analysen der Milch auf ihre Bekömmlichkeit von der grössten Bedeutung.

Im Allgemeinen scheinen mir die Milchen schwächerer Frauen einen unter der Norm liegenden Caseïnwerth zu haben; jedenfalls liegt hierin, neben den anderweitigen Veränderungen der einzelnen Milchcomponenten, spec. dem erhöhten Zuckergehalt, ein Hauptmoment für die Verdauungsstörungen.

Als ich vor Jahren begann, mich practisch mit den Milchuntersuchungen zu beschäftigen, ging auch mein erstes Streben dahin, die Kuhmilch durch Verdünnen und Hühneralbuminzusatz leichter verdaulich zu machen. Prompt stieg bei Säurefällung im natürlichen Rahmgemenge (1:3) plus Albumin, das gefällte Säurecaseïn nach oben — analog dem Frauenmilchcaseïn, aber

[3]) l. c.

[4]) Verhandlungen der XIV. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Braunschweig 1897.

ebenso prompt fiel auch nach den ersten aufmunternden practisch-klinischen Versuchen meine Hoffnung, hierdurch etwas ganz besonderes gefunden zu haben. Inzwischen ist diese Frage lebhaft, und zur Zeit dahin discutirt worden, dass die Milch um so leichter verdaulich ist, je mehr lösliches Eiweiss — also Albumin — in ihr enthalten ist, und je weniger Caseïn.

Für die Frauenmilch finde ich nur bei Monti hierüber Angaben.[5]) Er nimmt an, dass der Säugling das Albumin in direct resorbirbarer Form erhält, während das Caseïn noch besonders umgearbeitet werden muss, sich wohl auch zersetzt. «Wenn die Menge des gelösten Eiweisses im Verhältniss zur vorhandenen Menge Caseïn», sagt er, «zu gering ist, so pflegen die Kinder an Verdauungsstörungen zu leiden, die oft so hartnäckig sich gestalten können, dass man, um keine Schädigung in der Körpergewichtszunahme zu erfahren, zu einem Ammenwechsel greifen muss·» — Ich fand gerade das Gegentheil. Unter 20 Milchen, bei denen die Kinder trotz geregelter Säugung dyspeptisch blieben, war 18 Mal der Gehalt an Caseïn kleiner als an den anderen Eiweissstoffen, nur 3 Mal der Caseïngehalt grösser.

Umgekehrt, unter 13 Milchen ohne Dyspepsien 10 Mal die Caseïnmenge grösser als die der anderen Eiweisse, 1 Mal kleiner, und 2 Mal fast gleich. Bei dem grössten Caseïngehalt bestand klinisch Obstipation!

Bei den oben erwähnten 3 Milchen mit grösserem Caseïngehalt als 50 pCt. des Gesammteiweisses fanden sich noch andere Gründe für die Dyspepsie, 2 Mal ein enormer Fettgehalt (6,7 und 7,6 pCt.) und 2 Mal Schwund der Milch in den nächsten 8 Tagen.

Die Milchen, bei denen Beinahrung gegeben wurde, sind hier nicht berücksichtigt, ebensowenig die der ersten Woche. Wir haben es hier mit ganz reinen, durchsichtigen Verhältnissen zu thun, auf die ich wegen der Kürze der Zeit leider hier nicht näher eingehen kann.

Wohl aber darf ich aus vorliegenden Untersuchungen nur einen Schluss ziehen:

Caseïnmangel führt zur Dyspepsie, Caseïnüberschuss zu Obstipation.

Dieses Ergebniss wird denen allerdings überraschend erscheinen, die im Banne des Biedert'schen sogenannten schädlichen Caseïnrestes stehen. Und ich muss gestehen, auch ich war anfangs erstaunt, gerade das Gegentheil von dem zu finden, was bisher gelehrt wurde. Biedert spricht aber von der Kuhmilch in Anwendung auf das Kind, da mag er zum Theil Recht haben. Die Kuhmilch wird für die Kuh präparirt, für den Menschen die Menschenmilch. Jede hat ihre besondere Zusammensetzung, die Milch jeder Thierart ein anderes, eigenes Verhältniss des Caseïns zum Gesammteiweiss resp. Albumin, und ich meine, dass das auch seinen guten Grund haben wird.

Das Caseïn ist, soweit ich da sehen kann, derjenige Antheil der Milch, der den Verdauungsprocess in hervorragender Weise regulirt, speciell die Zersetzung und Fortbewegung des Darminhalts beeinflusst, und vermuthlich beides hindernd. Es ist so als eine Art Binde- oder Klebestoff aufzufassen und um genauer zu sein als nahrhafter Bindestoff, der gerade wegen seiner Klebekraft Beachtung verdient.

Aus ähnlichen Ueberlegungen supponirte ich für das Caseïn eine Beziehung zur Darmlänge der betreffenden Thierspecies und fand in der That und wohl nicht zufällig, dass die Thiere mit langem Darmschlauch eine relativ grössere Menge Caseïn im Verhältniss zum Albumin produciren und geniessen, als die mit kurzem Verdauungsrohr.

[5]) Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.

In beigefügter Tabelle tritt das sehr auffällig hervor:[6])

	beim Menschen	Hund	Stute (Esel)	Schaf	Kuh	Ziege
Länge des Darms im Verhältniss zur Körperlänge (= 1)	5	5	10	20	20	25
Menge des Caseins im Verhältniss zum Albumin (= 1)	1	1	2	$3^1/_2$	5	5
Absolute Menge des Caseins in pCt.	0.5	5.2	1.2	5.1	3.3	2.8
Absolute Menge des Albumins in pCt.	0.5	3.97	0.7	1.5	0.6	0.5

Hauptsächlich das richtige Verhältniss der vershiedenen Eiweissstoffe zu einander bewirkt bei der Frauenmilch den normalen Verdauungsprocess, unter der Bedingung, dass gleichzeitig die übrigen Bestandtheile der Milch in der Nähe der normalen Grenzen liegen. Schematisch lässt sich dies etwa ff. veranschaulichen:

	Gute Milch	Schlechte Milch
Caseïn	0,6 pCt.	0,3 pCt.
Lactalbum. u. N-Rest	0,5 »	0,8 »
Fett	3,8 »	3,8 »
Zucker	6,9 »	6,9 »

Die «gute Milch» giebt unter rationeller Fütterung den normalen Stuhl, die «schlechte Milch» unter der gleichen Bedingung Dyspepsie. Diese Dyspepsie aber wird geheilt durch Zuführung der geeigneten Mischung Kuhcaseïns, und kann meiner Erfahrung nach durch rein diätetische und medicamentöse Eingriffe nicht beseitigt werden. Eine chronische Obstipation aber wird wiederum gehoben durch Zuführung einer durch Lab von Caseïn zum Theil befreiten Kuhmilch unter Zusatz von Milchzucker bis ca. 5 pCt. der Mischung. Vielleicht beruht die abführende Wirkung des Colostrums auch auf dem geringen Caseïn und hohen Albumingehalt, jedenfalls ist es unmöglich sie auf den grössern Gehalt an Magnesia zurückzuführen, wie eine einfache Rechnung und Ueberlegung ergiebt.

Um nicht missverstanden zu werden, betone ich aber noch ausdrücklich:

Nicht allein ein verschobenes Verhältniss der verschiedenen Eiweissstoffe, zum Mindesten ebenso ein solches der Kohlenhydrate und des Fettes verursacht Dyspepsie. Alle 3 beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Wirkung auf den Darm.

Zur Bestimmung der Ursache einer dyspeptischen Störung ist, wenn man sie in der Milch sucht, eine vollständige Milchanalyse unbedingt erforderlich. Zu einer solchen rechne ich nun doch wieder die mikroskopische Besichtigung, die uns aber nicht nur über die Zahl und Grösse der Milchkügelchen Aufschluss geben soll; es scheint viel wichtiger die verschiedenen Formen derselben zu bestimmen, die colostrumähnlichen, die unvollständigen, mit Epithelresten bedeckten, die Gebilde, die man Fettcylinder nennen könnte, die Epithelienzahl.

Eine Einzelbestimmung irgend eines Milchtheils zur Beurtheilung der Güte der Mich hat keinen Sinn, und die von vielen Practikern immer wieder geübte Bestimmung der Fettmenge allein ist Spielerei!

Zu einer regelrechten Milchanalyse, wie ich sie ausführe, gehört demnach:

a) die mikroskopische Untersuchung;
b) das specifische Gewicht;

[6]) Die Tabelle ist nach Einzelangaben aus der Physiologie der Haussäugethiere von Ellenberger (1890) zusammengestellt.

c) der Gesammteiweissgehalt in Procenten:
 α) Caseïngehalt und Säurefällbarkeit,
 β) Albumingehalt,
 γ) N-Rest;
d) der Fettgehalt und Schmelzpunct des Fettes;
e) der Zuckergehalt;
f) der Eisengehalt.

Diese Gesammtuntersuchung hat für die Praxis schon einen recht hohen Werth, und ich gehe an die Behandlung einer Dyspepsie beim Brustkinde ungern ohne Kenntniss der Milch, bei der die Störung entstanden ist. Hierdurch ist das therapeutische Eingreifen jedenfalls bedeutend erleichtert und vor allen Dingen correct, zielbewusst und nicht mehr planlos.

In derselben Weise wird auch Beurtheilung und Wahl einer Amme geschehen müssen. Das unbeholfene «Ausprobiren», die peinliche Enttäuschung des Arztes, der ein Versiegen der Milch oder das beständige Geschrei, oder die Magenstörung, oder Gewichtsstillstand des Kindes nicht vorausgesehen; die gesunkenen Hoffnungen der Angehörigen und vor allen Dingen die verlorene Zeit für das Kind — das Alles fällt weg oder wird um ein Bedeutendes gemildert, wenn neben der Inspection der Körperbeschaffenheit der Amme vor ihrer Wahl auch eine solche der Milch stattfinden würde.

Es lässt sich nun nach den bisherigen Resultaten erwarten, dass es gelingen wird, nicht nur die schlechte Milch von der guten zu trennen, sondern, was gewiss viel werthvoller ist, aus einer schlechten Milch eine bessere und vielleicht auch eine gute zu schaffen. Was dem Thierzüchter bis jetzt schon zum Theil geglückt ist, sollten wir das nicht um ein Bedeutendes besser fertig bringen, da hier doch der Mensch mit dem Menschen zu thun hat?!

Meine Herren! Einzelne von Ihnen könnten mir vielleicht entgegenhalten, dass sie die Nothwendigkeit derartiger Bestrebungen nicht gut verstünden, weil die allgemeine Praxis des Hausarztes es zeige, dass viele Kinder doch auch mit Dyspepsien an Körpergewicht zunehmen, schliesslich auch zahnen, auch Fontanellenschluss aufweisen und zu gehen beginnen, ja am Ende auch ganz brauchbare Menschen werden. Sie vergessen aber dann eins:

Die Ansprüche an uns wachsen rapid. Halten wir mit der Steigerung unserer Leistungsfähigkeit nicht gleichen Schritt, so unterliegen wir; Stillstand heisst hier Rückschritt. Die Art der Entwickelung eines Kindes wird durch die Grundconstitution der Mutter, sowie durch die Pflege in der ersten Zeit extrauterinen Lebens bedingt und schon zu dieser Zeit wird meist das ganze spätere Leben vorgezeichnet, und in weiterer Reihe das der Nachkommenschaft.

Referate.

Prof. R. Stintzing: Wesen und Behandlung des traumatischen Tetanus. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 40).

Auf Grund der Untersuchungen anderer Autoren und seiner eigenen kommt Verf. zu folgenden theils feststehenden, theils hypothetischen Anschauungen über die Pathogenese des Tetanus. Der Tetanusbacillus erzeugt an dem Orte seiner Ansiedelung (Wunde oder Impfstelle) Toxine. Diese gelangen theils in die Blutbahn (bei Thieren) und können von dieser aus wirksam werden. Im Wesentlichen aber werden sie längs der nahe gelegenen Nerven, vermuthlich in den Maschen des Perineurium, deren Flüssigkeit eine besondere Attractionskraft eigen zu sein scheint, zum Rückenmarke fortgeleitet. In den Subarachnoidealraum oder unmittelbar in das Rückenmark gelangt, entfalten sie ihre toxische Wirkung zunächst von der Einmündungsstelle aus und erzeugen somit zunächst den örtlichen Tetanus. Wird Gift in genügender Menge weiter producirt und zugeleitet, so erzeugt es regionär bis zum allgemeinen Tetanus fortschreitende Krämpfe. Beim Menschen kann der Vorgang der gleiche sein. Meist jedoch breiten sich bei diesem die Krämpfe, ohne Regel aus, vermuthlich weil die Toxine in den weiteren mit Flüssigkeit angefüllten Räumen rascher diffundiren. Den Angriffspunkt für das Tetanusgift bilden jedenfalls die motorischen Ganglienzellen in den Vorderhörnern, die unter der Einwirkung des Giftes in einen Zustand erhöhter Erregbarkeit gerathen. Dass die neuerdings gefundenen morphologischen Veränderungen dieser Zellen einen dem Tetanus eigenartigen Befund darstellen, ist noch fraglich.

In Bezug auf die Therapie des Tetanus können des Verfassers eigene Erfahrungen weder zu Gunsten noch gegen die Serumbehandlung sprechen. Wenn man nur diejenigen Fälle aus der Literatur berücksichtigt, wo das Serum spätestens 36 Stunden nach Beginn der Krämpfe in Anwendung kam, wie das Behring und Knorr zur erfolgreichen Behandlung fordern, so fand Verf. nur 15 solche Fälle. Von diesen wurden 5 geheilt, während 10 starben. Das beweist, dass auch bei frühzeitiger Anwendung das Mittel zum Mindesten nicht unfehlbar ist. Einstweilen wird man also auf die alten Behandlungsmethoden, von denen vor Allem die möglichst frühzeitige Excision und Kauterisation der Wunde, in zweiter Linie die narkotische Behandlung (Chloral, Morphium) betont werden müssen, nicht Verzicht leisten können.

Weyert.

Schottmüller: Ueber Lungenmilzbrand. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 39).

Verfasser hatte Gelegenheit in den Jahren 1895 und 1898 zwei Fälle von Lungenmilzbrand zu beobachten, die klinisch vollkommen gleichartig verliefen. Die Patienten waren unter Schüttelfrost mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Schnupfen plötzlich erkrankt. Subjectiv wurde über beängstigendes Oppressionsgefühl und Kurzathmigkeit, über Stiche im Epigastrium und in den Seiten, über Kopf- und Nackenschmerzen geklagt. Es bestand völlige Appetitlosigkeit. Dabei war eine hochgradige Schwäche bemerkbar, die oft und bei der geringsten Anstrengung zu Collapsanfällen führte. Von objectiven Symptomen trat vor Allem eine hochgradige Cyanose hervor, wie sie nur bei schweren Compensationsstörungen seitens der Lunge und des Herzens beobachtet wird. Sie ist eine Folge der bedeutenden Herzschwäche, welche weiter ihren Ausdruck findet in einem kleinen, unregelmässigen, inaequalen, beschleunigten Puls. Die Herztöne waren nur leise hörbar. Die Milz war nicht nachweisbar vergrössert, der Urin frei von Eiweiss. Von pathognomischer Bedeutung ist der Erguss in der Pleura, der am 2.—3. Tage physikalisch nachweisbar wird, während an den beiden ersten Krankheitstagen meist nichts Abnormes, abgesehen von leichtem Bronchialkatarrh, an den Lungen gefunden wird. Zugleich kommt es zu kleineren oder grösseren Anschoppungen. Der Auswurf war schleimig, im ersten Fall farblos, im zweiten leicht sanguinolent Die mikroskopische Untersuchung desselben im zweiten Fall ergab das Vorhandensein zahlreicher Milzbrandbacillen.

Das Leiden setzt gewöhnlich mit hoher Temperatur, bis 40°, ein, die von Tag zu Tag um mehr als 1° abnimmt, so dass etwa vom 3. Tage an überhaupt kein Fieber, später Collapstemperatur besteht. Die Krankheit führt meist nach 3—6 Tagen zum Exitus (bis 87 pCt. Mortalität). Der erste Patient wurde am 3. Krankheitstage aufgenommen und starb nach 3 Tagen, der zweite war zwei Tage vor seiner Aufnahme erkrankt und starb nach 10 Stunden. Im ersten Fall wurden erst nach der Section, die ausser doppelseitiger blutig seröser Pleuritis und hämorrhagischer Schwellung der Bronchialdrüsen nichts Charakteristisches ergab, durch Ueberimpfung des Pleuraexsudates auf ein Meerschweinchen im Blute desselben Milzbrandbacillen constatirt. Ebenso konnten in den Organschnitten Bacillen nachgewiesen werden. In der Anamnese liess sich nicht der geringste Anhalt für eine Infectionsmöglichkeit finden, nur das konnte festgestellt werden, dass die Lungen die Eingangspforte für den Krankheitserreger gebildet hatten. Im zweiten Fall wurden in dem einer Armvene entnommenen Blut typische Milzbrandbacillen gleich nach der Aufnahme gefunden, ebenso nach der Section im pleuralen und pericardialen Exsudat. Hier ergab die Anamnese, dass der Kranke mit Fellen zu thun gehabt hatte.

Weyert.

Böhm: Ein Fall von acutem Diabetes mellitus. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 36).

Ein 17-jähriger Militairzögling gab an, sich seit einiger Zeit abgeschlagen zu fühlen und an Kopfschmerzen zu leiden, dabei sei vermehrtes Durstgefühl und häufiges Uriniren aufgefallen. Die Untersuchung des Urins ergab 5500 ccm. Tagesmenge von 1030 specif. Gewicht und 4,9 pCt. Zucker. Daneben Bronchitis, erhöhte Temperatur (38,9°). 2 Tage später betrug das specif. Gewicht des Urins 1035 mit 5,8 pCt. Zucker, ausserdem linksseitige Pleuritis, kleiner Puls. Am nächsten Tage wesentliche Besserung, Abfall des Fiebers und Abnahme

der Lungenerscheinungen. Harnmenge 4000 ccm., spec. Gewicht 1025, Zucker 4 pCt. In der Nacht darauf plötzlicher Eintritt des Coma diabeticum, das nach 24-stündiger Dauer zum Tode führt.

Die Autopsie ergab Verwachsung der Dura mit dem Schädeldache, starke, wolkige Trübung der Pia, ferner Oedem des Gehirns und Hydrocephalus internus acquisitus, subacute parenchymatöse und interstitielle Nephritis (grosse weisse Niere), Atrophie des Pankreas. Letzteres wog 36 g. statt 80—100.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Daiber: Die Mikroskopie des Auswurfes. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1898. 3 Mark 60 Pf.

Wer den Atlas über die Mikroskopie der Harnsedimente gesehen, den Verf. vor einiger Zeit herausgegeben hat, der wird die einfache, ungeschminkte und realistische Darstellung von Originalbildern zu schätzen gelernt haben, welche Daiber eigenthümlich ist. Mit denselben Grundsätzen ist nun auch das vorliegende Bändchen verfasst, welches 12 Tafeln mit 24 Abbildungen aus dem Gebiete der am häufigsten zur Beobachtung kommenden Veränderungen des Auswurfs enthält. Die Ausführung ist eine recht saubere; den Tafeln ist ein kurzer beschreibender Text vorausgeschickt. Der Atlas ist zu Studienzwecken besonders geeignet. Kallmeyer,

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1897. IX. Jahrgang. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1898. 7 Mark.

In unserer Zeit, wo ein thatkräftiges Handeln in der Therapie die Losung geworden ist und wo mehr als je vorher an dem grossen Gebäude des therapeutischen Wissens und Könnens erfolgreich gearbeitet wird, ist das unsern Lesern bereits bekannte Pollatschek'sche Jahrbuch in seinen neuen Auflagen stets in gleicher Weise willkommen.

Der vorliegende IX. Band zeichnet sich weder in der Disposition des Stoffes, noch in der Art der Bearbeitung von seinen Vorgängern aus, und bleibt daher ein für die Praxis recht nützliches und practisches Nachschlagebuch.

Kallmeyer.

Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Heft V. (St. Petersburg. Commissions-Verlag bei C. Ricker. 1898).

Im vorliegenden 5. Hefte finden wir zunächst einen Zahlenbericht über die in der Ambulanz und stationären Abtheilungen der Augenheilanstalt in den Jahren 1892—1894 behandelten Augenkrankheiten. Die Gesammtzahl der ambulant behandelten Patienten betrug in diesen Jahren etwa 18,000—19,000, in die Station wurden 1027—1113 Augenkranke aufgenommen, an denen 812—1013 Operationen ausgeführt wurden; ausserdem wurden 1552—1696 Operationen ambulant ausgeführt. Auf diesen Zahlenbericht folgen einige hochinteressante Mitteilungen der Ordinatoren der Augenheilanstalt. Dr. Th. v. Schroeder bespricht das Krankheitsbild der Keratalgia traumatica, auf das zuerst Grandclément im Jahre 1888 aufmerksam machte. Auf Grund der 8 von ihm beobachteten Fälle beweist Verf., dass die Keratalgia traumatica mit den von Arlt schon viel früher beschriebenen recidivirenden Hornhauterosionen identisch ist. Als beste Behandlungsmethode erwies sich die Beizung der Hornhauterosion mit 2 pCt. Lapislösung, durch die in allen Fällen die Krankheit rasch zur Heilung gebracht wurde. Mit besonderem Interesse haben wir die darauf folgenden Mitteilungen von Dr. Th. Germann gelesen, der, auf eigenen Beobachtungen fussend, einen sehr lehrreichen klinischen Beitrag zur Symptomatologie, Therapie und Prognose der durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase veranlassten orbitalen Augenerkrankungen geliefert hat. Für die zahlreichen, ausführlichen Krankengeschichten werden dem Verf. wohl nicht nur die Augenärzte, sondern auch die Rhinologen sehr dankbar sei. Weiterhin veröffentlicht Dr. E. Blessig drei unter einander vollständig übereinstimmende Fälle von directer orbitaler Sehnervenverletzung, welche in allen 3 Fällen durch eine Ofengabel mit spitzen nach vorn auseinanderweichenden Zinken verursacht war. Schliesslich theilt Dr. A. Natanson 2 Fälle von Glaucom bei Retinitis pigmentosa und Myopie mit. Wie aus des vorstehenden Uebersicht zu ersehen ist, ist auch das 5. Heft der Mitteilungen recht inhaltsreich. Sacher.

Oscar Werler: Ueber chirurgische Erfahrungen mit löslichem metallischem Silber bei der Behandlung von septischen Wundinfectionen (Blutvergiftungen). Deutsche medic. Wochensch. Nr. 40.

Nachdem Credé vor einigen Jahren auf die kräftigen antiseptischen Eigenschaften der löslichen Silbersalze — des Itrol's und des Actol's aufmerksam gemacht hat, ist es ihm in jüngster Zeit gelungen eine wasserlösliche Modification des regulinischen Silbermetalls — das Argentum colloidale darzustellen und durch eine Reihe von Experimenten zu beweisen, dass diese Substanz die ungemein werthvolle Fähigkeit besitzt den ganzen Organismus zu durchdringen und eine allgemeine Desinfection im Körper des Menschen zu entfalten, ohne gleichzeitig die vitalen Functionen zu schädigen. Es haben dann Wolfrom, Schirmer und Weidmann den unzweideutigen Beweis geliefert, dass das lösliche Silber frische Fälle septischer Infectionen, sowie chronische und schleichende Sepsis und Furunculosis, falls dieselben rechtzeitig in Behandlung kommen, entschieden vortheilhaft beeinflusst und häufig eine schnelle, gradezu überraschende Heilung zustande bringt. Verf. führt 3 Krankengeschichten vor, die den Werth des löslichen metallischen Silbers als Heilmittel in der Therapie der Blutvergiftungen illustriren. Es wurde nach den Angaben von Credé in Form des Unguentum Credé (enthält 15 pCt. Argentum colloidale) zur Inunctionscur verwendet und zwar wurde täglich 1,0 in einen gesunden Körpertheil 20—25 Minuten lang eingerieben. Im ersten Fall handelte es sich um eine acute septische Phlegmone des Handrückens mit Symptomen der Allgemeininfection, im 2. Fall um eine erysipelatöse Phlegmone mit chronischer septischer Infection, im 3. Fall um chronische Furunculose. Bei allen drei Patienten war der Effect der Silberschmiercur ein eclatanter, insofern, als zunächst das Allgemeinbefinden gebessert wurde (bereits nach den ersten Einreibungen), dann aber auch zeigten die an das Vorhandensein pyogener, septischer Bacterien geknüpften localen Veränderungen septischer Infection eine deutlich erkennbare Abnahme in ihrer Extension und Intensität bis schliesslich, als Endresultat, die normale Beschaffenheit der ursächlichen Krankheitsheerde herbeigeführt war. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der bereits publicirten Fälle behauptet Werler, dass wir in dem löslichen, metallischen Silber ein Mittel besitzen, das als Specificum gegen Sepsis angesprochen werden kann; das Verf. der allgemeinen Silbertherapie eignet sich zur Heilung sowohl acuter, als auch chronischer Sepsis und Furunculosis wobei die grösste Energie durch die Inunctionscur mit dem Unguentum Credé entwickelt wird. Hoffentlich werden weitere, ausgedehnte Prüfungen dieses neuen, ungiftigen Mittels nicht ausbleiben.

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Da die Haltbarkeit der gelben Augensalbe in üblicher Verordnung keine grosse ist, empfiehlt Dr. Fritz Schanz sie in folgender Formel zu verschreiben:

Rp. Hydrarg. oxyd. flav. recent. parat.
pultif. 0,1—0,5
Adeps lanae
Aq. destill. āā 1,0—2,0
Vasel. amer. alb. ad 10,0
A. D. in olla nigra
S. Augensalbe

Diese Salbe hat folgende Vorteile, sie enthält das Quecksilberoxyd in der denkbar feinsten Vertheilung. Dasselbe wird weder zersetzt durch Einwirkung des Lichtes noch durch Einwirkung der Fettsäure. Diese Salbe mengt sich leicht mit der Thränenflüssigkeit, besser als alle mit reinem Vaselin hergestellten Salben und sie wirkt gleichzeitig als eine Kühlsalbe, welche den Juckreiz und die Empfindlichkeit bei vielen Augenerkrankungen vermindern wird.

(klin.-therap. Wochensch. Nr. 34. 1898).

H.

— Die günstigen Resultate, die bei der Behandlung von Neuralgien mit Aufstäuben von Chlormethyl und Aethylchlorid auf die Haut erzielt worden sind, veranlassten Dr. Hamm in Braunschweig den Aetherspray bei localisirten Kopfschmerzen und Neuralgien zu versuchen. Er stäubte so lange Aether auf, bis sich eine dünne Eisschicht auf der Haut bildete. Diese Aetherisation hilft sofort und macht in den meisten Fällen die Anwendung von Antineuralgicis überflüssig. In einer ziemlich grossen Anzahl von Fällen hat den Autor der Spray nur ein einziges Mal im Stich gelassen, bei der Trigeminusneuralgie einer alten Frau, hier half zweimalige Anwendung des Spray's nur vorübergehend. Die Anwendungsweise ist einfach und billig.

Therap. Monatsh. Nr. 10. 1898.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung am 4. März 1897.

1. Dr. v. Zur-Mühlen demonstrirt einen Fall ausgedehnter Hautpigmentirung bei einem Kinde.

2. Dr. Hohlbeck (als Gast) demonstrirt einen Fall von Scoliosis ischiadica. Patient, der im städtischen Krankenhause Aufnahme gesucht hat, hatte anfänglich die Scoliose willkürlich ausgleichen können, später die Fähigkeit dazu verloren. Passiv lässt sich die hochgradige Scoliose völlig ausgleichen. Es solle demnächst dem Kranken die blutige Dehnung des N. ischiadicus ausgeführt werden.

Auf Dr. v. Zur-Mühlen's Mittheilung, er habe an einem Falle blutiger Dehnung nur ein gänzliches Ausbleiben des Erfolges constatiren können, sei geneigt, die Wirksamkeit der Operation nach dieser Seite hin überhaupt in Zweifel zu ziehen, sowie auf seine Anfrage, ob eine andere Aetiologie der Scoliose, wie Trauma, Spondylitis u. dergl. hier mit Sicherheit auszuschliessen sei, erwidert Dr. A. v. Bergmann: Ein völliges passives Ausgleichen des Scoliose, wie hier, sei bei traumatischen und spondylitischen Scoliosen nicht möglich, auch stimme die eigenartige Form der Scoliose zu keiner anderen Aetiologie. Die Literatur weise vielfach Erfolge der blutigen Dehnung auf.

Dr. v. Böhlendorff betont unter Hinweis auf die Seltenheit der Scoliosis ischiad., dass dieselbe meist primär im Lendentheil der Wirbelsäule entstehe und fragt, ob auch hier die compensirende Scoliose des Dorsaltheils erst secundär aufgetreten sei.

Dr. Hohlbeck: Ueber die Reihenfolge, in welcher die einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule betroffen wurden, könne Patient keine Angaben machen. Er gebe nur ganz bestimmt an, dass er in der ersten Zeit die Scoliose willkürlich habe ausgleichen können.

3. Dr. O. Klemm demonstrirt einen Fall von Bradycardie mit sogenannten pseudoapoplect. und pseudoepileptischen Anfällen.

Patient, 41 a. n., vor 17 Jahrer luetisch inficirt, Vater von 4 gesund geborenen Kindern, kein Potator, hat vor 4 Jahren zuerst nach schwerer Anstrengung einen rasch vorübergehenden Anfall von Schwäche und Schwindel gehabt, später einige Male Ohnmachten, ein Mal von allgemeinen Zuckungen begleitet, vor 4 Wochen Anfälle von plötzlichem Schwindel ohne Bewusstseinsverlust. Bei schwerer Arbeit, raschem Gehen etc. Herzklopfen und Gefühl von Brustbeengung. Schon vor 6 Jahren Anomalie des Pulses constatirt, vor 5 Jahren im Libau'schen Krankenhause 40 pro Minute, nach Injection von 0,0005 Atropin 120. Vortr. constatirte 36, mit geringer Intermittenz, geringe Verbreiterung der Herzgegend — Temp. 35,6°. Unter Jodkali nach 3 Wochen: Puls 64 bis 72, bei Bewegung irregulär, Herzdämpfung kleiner geworden, Temp. 36°; subjectiv bedeutende Besserung.

Zur Erklärung solcher Zustände von Bradycardie reiche das Experiment nicht aus, da es sich mit der klinischen Beobachtung nicht immer decke. Im vorliegenden Falle wäre extracardiale Br. — trotz der Intermittenz — anzunehmen nach den Resultaten der Atropininjection, wahrscheinlich Reizung des Vagusstammes, vielleicht durch luetische Drüsenvergrösserung. Vortr. streift flüchtig die zur Zeit bei der Br. interessante Frage der Herzdilatation. Eine der Schwere der Erkrankung parallel gehende Dilatation sei physiologisch-physikalisch nicht nothwendig, nachweisbar sei sie auch hier nicht gewesen. Die fehlenden Circulationsstörungen beweisen nicht, dass die allgemeine Circulationsgrösse normal ist, sondern zeigten nur an, dass die Druckdifferenz zwischen Arterien und Venensystem nicht excessiv vermindert sei, bei ausreichender Function des Herzmuskels. Es sei nicht erwiesen, dass unbedingt 200 Ccm. Blut pro Secunde den Gesammtquerschnitt des Gefässsystems durchfliessen müssten, dagegen sprächen Thatsachen wie z. B. der Winterschlaf der Thiere und das Experiment der Fakire. Müssten bei einer solchen postulirten Dilatation im vorliegenden Falle mit jeder Systole die Herzkammern zusammen ca. 800 Ccm. bewältigen, das gleiche Quantum die Vorhöfe, so wären klinisch gewiss nicht zu übersehende Veränderungen am Herzen vorhanden gewesen.

Dr. Tiling bemerkt, gerade an dem Material einer psychiatrischen Klinik würden neben anderen Erscheinungen auch Bradycardien nicht so selten beobachtet. Gewöhnlich gingen starke, sogar im Missverhältniss zu der Pulsverlangsamung stehende Temperatursenkungen mit diesen Zuständen einher. Neben im Herzen resp. Vagus liegenden Ursachen müsse auch an das Centralnervensystem als Ausgangspunct der Erscheinungen gedacht werden.

Dr. O. Klemm: In der Literatur finden sich häufig Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems bei der Br., Ohnmachten, Krämpfe etc., dieselben seien wohl aus der Anämia cerebri zu erklären.

Dr. Tiling: Es sei aber auch der umgekehrte Fall möglich, dass diese Erscheinungen und die Br. gemeinsam vom Centralnervensystem aus bedingt werden.

Dr. v. Engelhardt führt einen Fall seiner Beobachtung an, in welchem er eine deutliche Abhängigkeit von mit Pulsverlangsamung bis zu 25 und Ohnmachtszuständen einhergehenden Anfällen von dem Füllungszustande des Magens constatiren konnte. Solche Zustände wiesen auf den von ihm wiederholt betonten Zusammenhang von gastrischen bezw. intestinalen Neurosen mit der Arteriosclerose hin.

Dr. Hampeln: Die häufigsten Formen der Bradycardie seien die toxischen resp. infectiösen (Icterus, Reconvalescenz des Typh. abdom. etc.), dieselben erreichten aber nie den Grad wie in Dr. Klemm's Falle. Die anderen, auf einer materiellen Ursache im Herzen beruhenden Formen seien seltener. Er habe eine Anzahl davon beobachten können, darunter einen mit der Pulszahl von 12. Die Untersuchungen Dehio's über die Atropineinwirkung seien sehr interessant, entschieden aber die Sache nicht endgiltig, das doppelte Vorhandensein der Vagusbahn schaffe hier complicirtere Verhältnisse. Auf die Frage nach dem Verhalten der Herzgrösse und -Fülle bei Br. meint H. bei seiner von Klemm angefochtenen Behauptung bleiben zu müssen. Die normale von Liebermeister so genannte «Circulationsgrösse», d. h. eine annähernd constante in jeder Secunde den Gesammtquerschnitt des Gefässsystems passirende Blutmenge sei Voraussetzung normaler Circulationsverhältnisse. Ihre erhebliche, länger währende Verminderung haben die bekannten subjectiven und objectiven Zeichen der Circulationsstörung — nämlich Dyspnoe, passive Congestion der Organe, schliesslich Oedem — zur Folge. Umgekehrt dürfe aus dem Ausbleiben solcher Zeichen auf eine normale Circulationsgrösse geschlossen werden. Bei absoluter Ruhe, wie in dem von Klemm angeführten Beispiele vom Winterschlaf etc. könne vielleicht eine geringe Circulationsgrösse ohne übele Folgen bestehen, bleiben diese aber trotz gewöhnlichen Verhaltens aus, so beweise das die normale Circulationsvorgänge, die normale Circulationsgrösse. Diese sei aber bei verlangsamter Schlagfolge des Herzens, wie eine einfache Rechnung ergiebt, nur möglich, falls mit jedem Schlage entsprechend mehr Blut in Bewegung gesetzt werde und dieses sei gleichbedeutend mit grösserer Füllung des Herzens während der Diastole, woraus übrigens noch keine Dehnung, keine Dilatation im anatomischen Sinne ohne Weiteres folge. Diese werde wohl nicht lange ausbleiben und müsste dann allerdings auch klinisch nachgewiesen werden können. Wie es sich nun damit in Wirklichkeit verhalte, das zu controliren habe sich auch in diesen Jahren noch keine Gelegenheit geboten. Hochgradige Bradycardie gehöre ja zu den seltenen Erscheinungen und sei von ihm gerade jetzt nicht beobachtet worden. Uebrigens könne wohl mit einiger Sicherheit eine Herzvergrösserung nachgewiesen, aber nicht umgekehrt, wenigstens nicht bei Erwachsenen, auf Grund der objectiven Merkmale ausgeschlossen werden, da sowohl rechts wie links die so häufigen Ueberlagerungen des Herzens durch die Lunge die Bestimmung der wahren Herzgrösse oft sehr erschweren resp. unmöglich machen.

Dr. Ed. Schwarz führt zur Vervollständigung an, dass auch bei Neurosen Zustände von Bradycardie zur Beobachtung kämen, so in einem Falle seiner Praxis bis zu 40 und darunter. Die Genese sei hier schwer zu erklären. Möglicherweise könne geistige Ueberanstrengung oder sonstige Ueberreizung des Cerebrum unter Umständen direct solche Zustände hervorrufen, vielleicht sei auch an Autointoxicationen zu denken.

Dr. O. Klemm: An eine Affection des Vagusstammes wäre bei dem vorliegenden Falle am ehesten zu denken wegen Fehlens von Erscheinungen Seitens anderer Organe. Die reflectorische Bradycardie der von den Collegen angeführten Fälle sei — als passager — dieser schon 6 Jahre bestehenden nicht analog. Die Anfälle erklären sich durch plötzliches Sinken des ohnehin schon sehr niedrigen arteriellen Blutdrucks und dadurch bedingte Hirnanaemie. Zu den Ausführungen Dr. Hampeln's bemerkt er: Ein Sinken der allgemeinen Circulationsgrösse unter den normalen Werth brauche nicht immer Circulationsstörungen hervorzurufen, nach Liebermeister sei nicht jedes Sinken derselben unter den normalen Mittelwerth für eine Compensationsstörung zu erklären, von einer solchen sei nur dann zu reden, wenn die Abnahme so bedeutend sei, dass dadurch deutliche Veränderungen oder merkliche Functionsstörungen bewirkt würden.

Dr. Hampeln berührt nochmals die Ohnmachtsanfälle. Besonders häufig seien solche in einem Falle seiner Beobachtung gewesen, wo bis auf die Subclavia sinistra alle Gefässe durch Thromben obliterirt waren. Er halte diese Anfälle für vom Gehirn aus bedingt.

Dr. v. Engelhardt: Eine Alteration des Herzens sei wohl immer vorhanden, doch brauche eine Degeneration desselben nicht immer die directe Ursache dieser Erscheinungen abzugeben; in dem von ihm angeführten Falle z. B. spreche



das Verhältniss zwischen den Anfällen und dem Füllungszustand des Magens mehr für eine Abhängigkeit von Störungen der Circulation im Abdomen.

4. Dr. C. Kretzer (als Gast) verliest seinen Vortrag: «Ueber Lepra der oberen Luftwege». (Erscheint im Druck.)

d. Z. Secr. Dr. med. H. Schwartz.

Sitzung am 18. März 1898.

1. Dr. Hohlbeck (als Gast) stellt den neulich vorgestellten Fall von Scoliosis ischiadica nach gemachter Operation wieder vor. Die Scoliosis ist fast völlig ausgeglichen.

2. Dr. H. Berg stellt vor

a) 2 Fälle von Akne rosacea, die dadurch interessant sind, dass sie die beiden verschiedenen Typen der Krankheit, die in ihren ausgesprochensten Formen einander sehr unähnlich sind, sehr prägnant zur Anschauung bringen, der eine die aus einzelnen Knötchen und Pusteln bestehende, der andere die diffuse, zu fibröser Hypertrophie führende Form.

b) Einen Fall von Lupus erythematodes.

c) Einen Fall von Herpes tonsurans maculosus.

3. Dr. Schönfeld referirt über einen Fall von temporärer Aphasie, den er für durch Urämie bedingt hält (soll veröffentlicht werden).

Dr. L. Mandelstamm erkundigt sich nach dem Sehvermögen und fragt nach der Auskunft Dr. S.'s, dass Dr. Dahlfeld bei zweimaliger Untersuchung des psychischen Zustandes wegen keine vollständige Functionsprüfung durchführen konnte, ob nicht urämische Amaurose vorgelegen habe, worauf Dr Schönfeld mittheilt, dass Sehvermögen jedenfalls vorhanden war.

Dr. Hampeln erhebt Zweifel an der Berechtigung, dergleichen flüchtige aphasische Zustände in causale Beziehung zu einer Urämie, wenn alle anderen Zeichen einer solchen fehlen, zu bringen.

Als eine sehr häufige Ursache derartiger Störungen sei in erster Linie der Arteriosclerose zu gedenken, die freilich Consequenzen von dauerndem Character aufweise. Demnächst kämen toxische Ursachen in Betracht und sei eine Erklärung solcher Zustände durch dieselben gewiss möglich. So weit seine Erfahrung reiche, erinnere er sich nicht, unter den Fällen chron. interstit. Nephritis in seiner Hospitalpraxis es je gesehen zu haben, dass aphasische Zustände als einziges Symptom einer Urämie auftreten. In seiner Privatpraxis habe er einen Fall gesehen, in welchem eine Zeit lang ein solches Verhältniss zu bestehen schien; der Ausgang des Falles war eine tödtliche Apoplexie, so dass also auch hier der Arteriosclerose ein Antheil am Zustandekommen des Krankheitsbildes zukommen mochte. Ein solches Nebeneinander von Arteriosclerose und Urämie könne vorkommen. Der Schluss auf Urämie als alleinige Ursache der Krankheitserscheinungen sei jedoch sehr unsicher, die toxische Natur der Aphasie nicht mit Sicherheit zu erweisen.

Dr. Schönfeld hebt hervor, dass einmal Eiweiss und granulirte Cylinder im Harn gefunden wurden. Wollte man den Fall als ausschliesslich auf Arteriosklerose beruhend auffassen, so würde das eine A. sämmtlicher Hirngefässe voraussetzen, bei welcher psychische Veränderungen nicht ausgeblieben wären. Solche hätten aber nicht constatirt werden können.

Dr. H. Schwartz führt an, er habe aus dem Bericht des behandelnden Collegen Kenntniss von einem Fall, wo ähnliche passagere aphasische Zustände bestanden. Die Section ergab im Gehirn verbreitete Arteriosklerose mit zahlreichen capillaren Blutungen bezw. Residuen solcher, Schrumpfniere war nicht vorhanden, psychische Störungen intra vitam nicht zu erweisen gewesen.

Dr. L. Mandelstamm hält die Heranziehung einer Urämie zur Erklärung der Aphasie im Falle Dr. Schönfeld's nicht für nothwendig.

Dr. Schönfeld: Wo zahlreiche apoplectische Insulte, wenn auch auf blos capillaren Blutungen beruhend, eingetreten seien, blieben in der Regel psychische Defecte zurück. Bei seinem Falle seien solche nicht vorhanden gewesen, was dazu auffordere, die Aphasie als eine toxische aufzufassen.

Dr. Dahlfeld äussert starke Zweifel an der psychischen Integrität des Pat. Wenigstens habe in den 2 Malen, wo er denselben gesehen, gerade der psychische Zustand desselben die Durchführung einer eingehenden Functionsprüfung vereitelt.

Dr. Hampeln betont, ohne näher auf die Frage des Fehlens oder Vorhandenseins psychischer Defecte einzugehen, dass eine derartige Häufung als urämisch zu deutender Anfälle als höchste Rarität anzusehen sei. Derartige Zustände auf urämischer Basis treten seiner Erfahrung nach immer vereinzelt auf, und sei gerade von diesem Gesichtspunkt aus eher nach einer anderen Erklärung des Falles zu suchen.

[Ergänzender Zusatz Dr. Schönfeld's bei Verlesung des Protokolls: Hinweis auf einen Fall Lancereau's (1887), in welchem monatelang vorübergehend aphasische Zustände bestanden hatten. Kein Sectionsbefund].

Dr. Schabert erwähnt eines Falles von arteriosklerotischer Schrumpfniere, der im Laufe seiner Krankheit vorübergehende sensorische Aphasie aufwies, ohne je urämische Symptome dargeboten zu haben. Auch er ist geneigt, die urämische Natur des mitgetheilten Falles zu bezweifeln.

Dr. Schönfeld: Er müsse allerdings die Möglichkeit einer Arteriosklerose als Ursache der Aphasie zugeben, und wolle nur bezw. des psychischen Zustandes seines Kranken darauf hinweisen, dass Dr. Dahlfeld denselben beide Mal in besonders schlechtem Zustande gesehen habe; in der Zwischenzeit sei derselbe ganz normal gewesen.

4. Dr. O. Klemm giebt den angekündigten Bericht über die Gärtner'sche Fettmilch.

Unter Betonung dessen, dass bei Ersatz der Muttermilch durch Kuhmilch, welche als das beste Surrogat anzusehen sei, mit dem Keimfreimachen der Milch (Soxhletsverfahren) noch nicht alles gethan sei, sondern dass der Beachtung der chemischen Zusammensetzung der Milch in ihrer eventuellen passenden Modificirung erst das volle Resultat vorbehalten sei, demonstrirt Vortr. Analysen der Frauenmilch, des Biedert-schen Rahmgemenges und der Gärtner'schen Fettmilch, welche einer Fabrikation des letzteren im Grossen ihre Entstehung verdankt. Dieselbe sei also eine Kuhmilch in modificirter Form, welche die Eigenschaften der Kuhmilch nur zum geringen Theile verloren habe und nach individuellen Bedürfnissen durch Abrahmen bezw. Zusätze umgeformt werden könne. Ihre Vorzüge beständen in der gleichmässigen Zusammensetzung, im Abcentrifugiren des Schlammes und in der relativen Billigkeit. Ein Nachtheil sei die Umlagerung der Fettkügelchen durch das Centrifugiren.

Da die Gärtner'sche Fettmilch eben immer nur ein Kuhmilchpräparat sei, könne man von ihr nicht dasselbe erwarten, wie von guter Frauenmilch, doch seien die Analysen, welche Vortr. ausgeführt hat und welche eine befriedigende mittlere Zusammensetzung ergeben, geeignet, ihr unter den Surrogaten der Frauenmilch eine hervorragende Stellung zu verschaffen und rechtfertigten die Empfehlung ihrer Herstellung am Orte.

Dr. Rimscha macht darauf aufmerksam, dass je nach der Lactationsperiode Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch eintreten, worauf Dr. Klemm erwidert, dass die von ihm gegebenen Analysen Durchschnittswerthe darstellten und dass beim Betriebe im Grossen solche individuelle Schwankungen dadurch ausgeglichen würden, dass die Sammelmilch einer grössern Herde verarbeitet werde.

Dr. Deubner: Seiner Ansicht nach sei die Bedeutung des Soxhletsverfahrens vom Vortr. unterschätzt worden. Er sei geneigt, die Besserung in den Erfolgen der künstlichen Ernährung wesentlich diesem zuzuschreiben und hält die so behandelte Kuhmilch, von gesunden Thieren stammend und bei rationeller Fütterung, für das beste Surrogat der Frauenmilch.

Dr. O. Klemm kann dem nicht beistimmen. Nur zu häufig seien Misserfolge zu verzeichnen bei sorgfältigster Sterilisirung, nur aus Vernachlässigung chemischer Principien, während umgekehrt nur bei gewöhnlichem Abkochen, aber aufmerksamem Modificiren der Milch man beste Erfolge habe.

Dr. Katterfeld (als Gast) macht auf die grossen Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch je nach Lactationsperiode, Raçe, Fütterung der Thiere etc. aufmerksam und bezweifelt, dass eine constante Zusammensetzung der Milch erzielbar sein wird, wogegen Dr. Klemm eine solche wohl erwartet, da die Milch aus einer Heerde stamme, die unter steiger Trockenfütterung stehe.

Verschiedene Raçen produciren gewiss verschiedene Milchen, die aber in der Hauptsache nur im Fettgehalt schwanken, auf ein und dieselbe Heerde aber werde die Milch eingestellt und von Zeit zu Zeit auf die Constanz geprüft werden müssen, um eventuelle Veränderungen der Präparation vorzunehmen.

Dr. med. H. Schwartz
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Vor Kurzem beging der practische Arzt Dr. Stanislaus Plichta in Lodz das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der Gehilfe des kurländischen Medicinalinspectors Dr. Wassiljew ist zum beständigen Gliede des kurländischen Collegiums der allgemeinen Fürsorge ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich als Privatdocenten habilitirt: Dr.

Nikolai Andogski und Dr. Victor Lewaschow, ersterer für Augenheilkunde, letzterer für Hygiene.

— Der Kriegsminister, General-Lieutenant Kuropatkin ist von der Conferenz der militär-medicinischen Academie zum Ehrenmitgliede der Academie gewählt worden.

— Befördert: zum Geheimrath — die Militär-Medicinalinspectoren des Kiewer Militärbezirks, Dr. Speranski, und des Omsker Militärbezirks, Dr. Lukomski, beide für Auszeichnung im Dienst.

— Verstorben: 1) Am 30. October auf seinem Gute im Gouv. Minsk Dr. Witold Narkiewicz-Jodko an Diabetes im Alter von nahezu 64 Jahren. Aus Minsk gebürtig, widmete er sich dem Studium der Medicin in Dorpat (1854—58) und dann speciell der Augenheilkunde unter Graefe in Berlin. Nach seiner Rückkehr nach Warschau war er Docent und später Professor der Augenheilkunde an der dortigen Hochschule und nach Reorganisation derselben von 1869—83 Ordinator am Warschauer ophthalmologischen Institut des Fürsten Ljubomirski. Zunehmende Kränklichkeit veranlasste ihn, seine Praxis aufzugeben und sich auf sein Gut zurückzuziehen. Der Hingeschiedene ist vielfach literarisch thätig gewesen in polnischer und deutscher Sprache; von ihm ist auch das Wecker'sche Handbuch der Augenheilkunde ins Polnische übersetzt. — 2) Am 13. November in Moskau der Oberarzt des dortigen Golizyn-Krankenhauses, wirkl. Staatsrath Dr. Const. Inojews. Nach Absolvirung seiner Studien an der Moskauer Universität 1865 begann der Verstorbene seine medicinische Thätigkeit am Moskauer städtischen Hospital, ging aber schon 1867 zum Golizyn-Hospital über, an welchem er successive als Ordinator, Gehilfe des Oberarztes, seit 1895 als Oberarzt und Inspector der bei diesem Hospital bestehenden Feldscherschule fungirte und viel für die Hebung dieser Anstalten beigetragen hat. — 3) In Moskau der ältere Arzt des Neswishschen Grenadier-Regiments S. N. Prozenko, welcher seit 1875 die ärztliche Praxis ausübte. — 4) In Nikolajewsk (Gouv. Ssamara) der Landschaftsarzt Abraham Shirnow im 42. Lebensjahre. Er hat seine Frau mit kleinen Kindern und seine alte Mutter ganz mittellos zurückgelassen.

— Prof. Dr. O. Nasse, Director des pharmakologischen und physiologisch-chemischen Instituts an der Universität Rostock, hat Krankheitshalber seine Lehrthätigkeit aufgegeben.

— Aus der Prof. Pettenkofer-Stiftung (München) sind zweien Arbeiten über die Cholera Preise zuerkannt worden, und zwar: dem practischen Arzt Dr. Philipp Hanser in Madrid für sein Werk «Cholera en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours», sowie dem practischen Arzt Dr. Friedrich Wolter in Hamburg für sein Werk «Das Auftreten der Cholera in Hamburg von 1831—93 mit besonderer Berücksichtigung der Epidemie im Jahre 1892». — (A. m. C.-Ztg.)

— Die nächstjährige 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird vom 18. bis 23. September 1899 in München tagen. Zum ersten Geschäftsführer derselben wurde Prof. Dr. F. von Winckel (Gynäkologe an der Münchener Universität) und zum zweiten Geschäftsführer Prof. Dr. Dyck gewählt.

— Nach einer officiellen Statistik betrug die Zahl der weiblichen Aerzte in den Vereinigten Staaten im Jahre 1897 nicht weniger als 6882, während im Jahre 1870 nur 527 Frauen die ärztliche Praxis dort ausübten. — (Münch. m. W.)

— Das Capital der medicinischen Haupt-Unterstützungscasse betrug bei der letzten Revision am 22. October d. J. 347,580 Rbl. 8½ Kop.

— Das Capital der Mariencasse für Aerzte, deren Wittwen und Waisen belief sich am 1. October d. J. auf 478,922 Rbl. 93 Kop.

— Die Zahl der Studirenden an der Universität Jurjew beträgt nach dem soeben erschienenen Personalverzeichniss der Universität gegenwärtig 1373 gegen 1098 im Vorjahre. Diese Zunahme erklärt sich, wie die «Nordl. Ztg.» ausführt, durch den starken Zuzug eines in dem früheren Bestande der Studirenden fehlenden Elements, nämlich der ehemaligen Zöglinge geistlicher Seminare, von denen in diesem Jahre nicht weniger als 300 Aufnahme gefunden haben. Rechnet man die vor 2 Jahren (40) und die vor einem Jahre (über 150) aufgenommenen Seminaristen zu den diesjährigen 300 hinzu, so beträgt die Gesammtzahl ehemaliger Seminaristen in Jurjew gegenwärtig mindestens 500. Die Zahl der mosaischen Studirenden beläuft sich auf 204. Den grössten Zuwachs haben die juristische und die medicinische Facultät gehabt, welche letztere gegenwärtig 727 Studirende (gegen 582 im Vorjahre) zählt. Die Zahl der Pharmaceuten, welche bekanntlich nicht zu den Studirenden gerechnet werden, beläuft sich auf 324 (gegen 345 im Vorjahre), von denen 111 mosaischer Confession sind (gegen 162 im Vorjahre).

— Von der medicinischen Prüfungs-Commission bei der militär-medicinischen Academie, welche am 10. November ihre Thätigkeit eingestellt hat, wurde von den 145 Personen, die sich der Prüfung unterzogen, 138 der Arztgrad zuerkannt, darunter 78 Personen eximia cum laude. — An der Kiewer Universität unterwarfen sich 165 Personen der Prüfung, von denen 157 den Arztgrad erlangten, 3 die Prüfung nicht bestanden und 5 sich Ergänzungsprüfungen im nächsten Jahre zu unterziehen haben. — An der Universität Kasan haben sämmtliche 103 Personen, die sich der Prüfung unterzogen, den Arztgrad erlangt, darunter 8 ausländische Doctoren und eine ausländische Doctorin.

— Mit dem Beginn des nächsten Jahres wird in Moskau eine neue medicinische Monatsschrift unter dem Titel «Клиническій Журналъ» (Klinisches Journal) erscheinen, welche von Dr. W. A. Worobjew unter Mitwirkung der Professoren Korssakow und Ostroumow, sowie der Privatdocenten Gantier, Lanz und Rossolimo herausgegeben werden wird. Das neue, vorzugsweise den Interessen der practischen Medicin gewidmete Journal wird mit Zustellung 6 Rbl. jährlich kosten.

— Die «Nowosti» berichten über folgenden Ueberfall, dem der Militärarzt Dr. Hausmann (ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität), welcher in die Stadt Garwolin (im Gouv. Siedlce) zum Recrutenempfange abcommandirt worden war, vor Kurzem ausgesetzt gewesen ist. Der Bitte eines Hebräers, dessen kranke Frau in einem benachbarten Flecken zu besuchen, Folge leistend, wurde Dr. Hausmann von demselben in einer Britschke abgeholt, in welcher noch zwei Hebräer sassen. Als die Britschke einen Wald erreichte, packte einer der Hebräer den Arzt bei der Kehle und würgte ihn, während die anderen ihm sein Taschenbuch mit 120 Rbl. raubten und ihn dann aus der Equipage warfen. Glücklicherweise ist es der Polizei gelungen, zwei der Räuber handfest zu machen, bei welchen das geraubte Geld auch gefunden wurde.

— Am 8. November erfolgte in der Furstadskaja Nr. 3 die Eröffnung eines Convicts der Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung der Aerzte, welche zur wissenschaftlichen Vervollkommnung nach St. Petersburg abcommandirt werden. Dasselbe enthält ein Bibliothekzimmer und 15 Wohnzimmer, welche, je nach der Grösse, für den Preis von 15—40 Rbl. monatlich, oder 1—3 Rbl. täglich vergeben werden. Ausserdem steht den Mitgliedern ein Speisesaal zur Verfügung, in welchem Mittage für 15 Rbl. monatlich oder 60 Kop. täglich verabfolgt werden.

— Die Pest in Ssamarkand und Indien. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest wird bekannt gemacht, dass im Kischlak Ansob, welches nach wie vor abgesperrt bleibt, seit dem 28. October keine Neuerkrankungen an der Pest vorgekommen sind: die am 4. November daselbst in Behandlung verbliebenen beiden Kranken sind bereits genesen. — Was die Pest in Indien anbetrifft, so sind in der letzten Zeit wieder recht bedenkliche Meldungen von dort eingelaufen. Während man sich in Calcutta bereits der Hoffnung auf völliges Erlöschen der Seuche hingegeben hatte, weil seit Wochen dort keine Neuerkrankungen mehr vorkamen, beginnt dieselbe nun nicht nur in Bombay und Umgebung zu wüthen, sondern auch im Pendschab und in den südlichen Provinzen, so dass es den Anschein gewinnt, als sei ganz Indien inficirt. Leider stossen die energischen Massnahmen, welche von den indischen Behörden zur Verhinderung der Ausbreitung der Seuche ergriffen werden, nicht selten auf hartnäckigen Widerstand der Eingeborenen, die aus religiösen und anderen Gründen die sanitären Vorschriften perhorresciren. Nach einer «Times»-Meldung kam es in Seringapatam wegen der behördlichen Massregeln gegen die Pest zu argen Ausschreitungen, an denen sich mehr als 10,000 Menschen betheiligten, so dass Polizei und Militär gezwungen waren, von der Schiesswaffe Gebrauch zu machen.

Nach einem Telegramm der «Agence Havas» erhielt der französische Minister der Colonien die Bestätigung der Londoner Nachricht, dass in Tamatave (Stadt an der Ostküste von Madagascar) einige der Bubonenpest ähnliche Krankheitsfälle vorgekommen seien.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Nov. d. J. 7906 (7 mehr als in d. Vorw.), darunter 600 Typhus — (30 wen.), 852 Syphilis — (10 wen.), 143 Scharlach — (5 mehr), 117 Diphtherie — (31 wen.), 49 Masern — (15 mehr) und 9 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).



Am 15. Nov. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7972 (66 mehr als in der Vorwoche.), darunter 582 Typhus — (18 wen.), 849 Syphilis — (3 wen.), 142 Scharlach — (1 wen.), 125 Diphtherie — (8 mehr), 52 Masern — (3 mehr) und 8 Pockenkranke 1 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. November 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
298	191	489	101	37	77	12	12	19	54	48	39	26	30	22	9	3

(Im Ganzen: M. W. Sa.)

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 12, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 3, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 10, Krankheiten des Verdauungscanals 43, Todtgeborene 23.

Für die Woche vom 8. bis 14. November 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
322	219	541	112	35	92	17	12	18	46	54	46	38	39	26	3	3

(Im Ganzen: M. W. Sa.)

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 28. Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 2, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 45, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 24. November 1898.

Tagesordnung: Dr. F. Weber, Ueber Tumoren des ligam. rotundum uteri.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. December 1898.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Берта Федоровна Панова, Фурштадтская ул. д. 45, кв.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **AmalieSchulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Schwester **Const. Schmidt**, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 20 Ноября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, 28. November (10. December) **1898**

Ueber Herz- und Aortenruptur.

Von

Dr. P. Hampeln,

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetag in Wolmar am 21. August 1898.)

Herzruptur und — füge ich gleich hinzu — Ruptur des pericardialen Theils der Aorta in den Pericardialsack hinein gehören zu den seltensten, aber zugleich gefährlichsten, das Leben wie es scheint ausnahmslos und meist rasch vernichtenden krankhaften Vorgängen.

Während einer 20jährigen Thätigkeit an der therapeutischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses konnte ich dort nur 5 Fälle von Herz- resp. Aortenruptur in das Pericardium auf 2000 Herzkranke, mithin $2^1/_2$ Todesfälle dieser Art p. m. feststellen. Ihnen schliessen sich aus meiner Privatpraxis zwei weitere an. Im Ganzen also 7 Fälle von Ruptur in das Pericardium im Allgemeinen. Die Beobachtung des letzten manchen Widerspruch mit den Auffassungen von den wesentlichen Erscheinungen bei der Herzruptur ergebenden Falles führte zur Revision der ganzen Reihe, ihrer Vergleichung mit den mir aus der Literatur bekannt gewordenen Fällen und wurde für mich zur Anregung, der Frage nach dem besonderen Hergange bei Herz- resp. Aortenruptur an der Hand des vorliegenden Materials näher zu treten.

Allen diesen Fällen gemeinsam und als ihr dominirendes Merkmal erscheint der oft mitten im völligen Wohlbefinden einsetzende und meist rasch zum Tode führende, mit Schmerzen verbundene Anfall von Herzschwäche. Andere Male gingen dem tödtlichen Anfalle längere Zeit mässige Herzbeschwerden voraus, oder lagen auch ausgesprochene Zeichen einer Herzkrankheit vor. Das alles befindet sich in Uebereinstimmung mit den bekannten Darstellungen dieses Capitels, das sowohl des raschen, als sich langsam hinziehenden tödtlichen Verlaufes der Ruptur Erwähnung thut. Schon hierbei scheint nach unseren Erfahrungen die verschiedene Oertlichkeit der Ruptur von grossem Einfluss zu sein, wonach bei Ruptur des Aortenursprunges eher ein rascher Verlauf, bei Herzruptur unter Umständen auch längeres Hinziehen der Krankheit zu gewärtigen ist, wenngleich auch hier ein plötzlicher, rascher Tod die Regel bildet. Ich komme später auf den Grund dieses differenten Verhaltens der 2 Rupturarten zu sprechen.

Von meinen 7 Fällen wiesen vier Rupturen des Aortenursprunges auf, bei den anderen handelte es sich um Herzrupturen im engeren Sinne und zwar stets des linken Ventrikels in der Nähe der Herzspitze, zwei Mal an der vorderen, ein Mal an der hinteren Wand. Zwei Mal war an der betreffenden Stelle die Wand mässig ausgebaucht, alle Male lag in den untersuchten Fällen hochgradige Wandverfettung, zwei Mal starke Verkalkung der Coronaria vor.

Es dürfte von Interesse sein, ehe auf das eigentliche Thema eingegangen wird, kurz über die hier beobachteten Fälle zu referiren.

Der erste Fall ereignete sich vor 27 Jahren und betrifft einen kräftigen Mann, der in der Cholerazeit des Jahres 1871 während der Arbeit plötzlich unter Collaps, heftigen Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfall erkrankt in die nächstgelegene Cholerastation gebracht wurde, wo er alsbald verstarb. Die Obduction ergab eine Ruptur des pericardialen Theils der Aorta in das Pericardium bei negativem Darmbefunde. Solche Fälle sind schon mehrfach beobachtet worden und erscheint ihre Verkennung insbesondere während einer Choleraperiode bei den vielen übereinstimmenden Krankheitserscheinungen ganz erklärlich, nur wolle man bedenken, dass in der Regel das erste Cholerastadium schmerzlos verläuft.

Im zweiten, im Krankenhause vor vielen Jahren beobachteten Falle handelte es sich um eine ältliche Frau, die plötzlich unter furchtbaren Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen erkrankt war. Grosse Morphiumdosen verschafften kurze Ruhe. Sie verbrachte unter ihrer Wirkung noch die Nacht im Krankenhause und starb am folgenden Morgen. Auch hier ergab die Section eine Ruptur der Aorta in das Pericardium.

Mehr dem Bilde einer Pericarditis entsprechend verlief die Perforation der Aorta im folgenden Falle. Patientin, 49

Jahre alt, litt ohne vorausgegangenen Gelenkrheumatismus seit 7 Jahren an Herzklopfen und häufigen in beide Arme ausstrahlenden Brustschmerzen, mitunter Schwellung der Füsse. Bei der Aufnahme am 16. Februar 1890 wurden die typischen Localzeichen einer Aortenklappeninsufficienz festgestellt. Drei Monate nach der Aufnahme stellten sich am 15. Mai 1890 bei mässiger Temperaturerhöhung heftige Schulterschmerzen links ein, so dass zu Morphiuminjectionen gegriffen werden musste. Die Herzdämpfung wuchs allmählich nach allen Richtungen, der Ictus wurde schwächer und rückte immer mehr nach innen, am 19. Mai trat an der linken Herzlungengrenze Reiben auf. Links hinten unten Dämpfung und abgeschwächtes Athmen. Schmerzen anhaltend und zunehmender Kräfteverfall. Diagnose: Pericarditis humida. Am 20. Mai eine Probepunction des Pericards im 5. IR. am linken Sternalrande. Exitus am 21. Mai unter zunehmender Dyspnoe und Herzschwäche. Die Section ergab im wesentlichen ausser Aortenklappenschrumpfung Sclerose der Aorta und $2^1/_2$ Cm. distalwärts vom Aortenostium eine circa linsengrosse, durch einen frischen Thrombus verlegte Oeffnung, auf dem Grunde eines atheromatösen Geschwürs. In dem Herzbeutel befanden sich 500 Ccm. dunkelen Blutes, daneben Coagula.

Der letzte Fall dieser Art war wieder durch plötzlich tödtlichen Verlauf ausgezeichnet. Eine ältliche Frau, Anna R. starb noch ehe ihre Aufnahme hätte stattfinden können, auf dem Wege vom Bureau in die Abtheilung. Es fehlen jegliche Daten über Beginn und Art der scheinbar plötzlich eingetretenen Attaque. Bei der Section fanden sich 2 Einrisse von je 1 resp. $1^1/_2$ Cm. Länge am erweiterten aufsteigenden Aortenaste mit Erguss «reichlicher Blutmengen» in das Pericard.

Die drei nun folgenden Fälle betreffen alle Herzrupturen im engeren Sinne, die erste bei einer 69jährigen Greisin, die zu Hause 4 Wochen an Athemnoth und Herzklopfen gelitten hatte und bald nach ihrer Aufnahme in meine Abtheilung starb. Es fand sich ein Aneurysma an der Spitze des linken Ventrikels, der nach vorne einige Mm. lang eingerissen war. In den Herzbeutel hatten sich 200 Ccm. theils geronnenen Blutes ergossen. Die Innenwand des Herzens war an der Rissstelle von geschichtetem Fibrin bedeckt.

In dem zweiten einen 74-jährigen Greis betreffenden Falle trat der Tod ohne besondere Vorboten plötzlich am 20. Mai 1895 ein. Patient liess sich wegen mässiger Athemnoth und Herzklopfen, an denen er in den letzten Monaten gelitten hatte, in's Krankenhaus aufnehmen. Bis auf gewöhnliche Alters- und arteriosclerotische Gefässveränderungen erwies sich der Befund als ein negativer. Der Puls zählte 60 in der Minute, war regel- und gleichmässig, voll und gespannt. Am 19. Mai eingekommen, stand Patient am anderen Morgen nach einer ruhigen Nacht auf, ordnete selber sein Bett und ging dann auf den Abort, wo er um $7^1/_4$ Uhr Morgens todt gefunden wurde. Bei der Section fanden sich als wesentliche Veränderungen: ein vergrössertes Herz (12, 13, 6) und im Herzbeutel «reichliche Mengen schwarz-rother Coagula», als Ursache endlich des Hämopericardiums eine Ruptur der hinteren Wand des linken Ventrikels. «Dicht gestellte Blutungen durchsetzen die hintere Ventrikelwand in ihrer Mitte und zur Basis des Herzens hin. Die Muskulatur erscheint in eine homogen gelbliche Masse verwandelt. Coronararterie hochgradig verkalkt, zum Theil völlig obliterirt; Aortensclerose».

Unter auffallenderen Erscheinungen verlief endlich der zuletzt von mir beobachtete dritte Herzrupturfall. In diesem handelt es sich um eine schon seit vielen Jahren bestehende gichtische Constitutionsanomalie, chronische deformirende, oft mit Schmerzen verbundene Arthritis an Händen und Knieen. Damit verbanden sich in den letzten Jahren 1—2 Mal jährlich auftretende Nierenkoliken, stärkere Schmerzanfälle der linken Nierengegend mit Erbrechen und spärlicher Entleerung eines uratereichen Harnes. Ein Mal kam es zur Entleerung eines kleinen Calculus. Die letzte stärkere Attaque dieser Art erfolgte etwa ein Jahr vor dem Tode. Es wurde weder über Herz- noch Athembeschwerden geklagt und lag bei der grossen, trotz der vorgeschrittenen Jahre noch erstaunlichen Leistungsfähigkeit noch kein Grund zum Verdacht eines verborgenen Lungen- oder Herzleidens vor. Um so mehr schien, als sich wieder und dieses Mal als Vorbote des Todes plötzlich heftiger Leibschmerz mit Erbrechen einstellte, die Auffassung einer, mit der früheren übereinstimmenden Natur des Anfalles berechtigt. Allerdings waren «anders als frühere» Schmerzen in der Schulter und dem Arme links aufgetreten. Das fiel aber, gegenüber der Thatsache häufig vorausgegangener sonst ganz ähnlich verlaufener Nierenkoliken zu wenig ins Gewicht, um eine Aenderung der Auffassung zu veranlassen. Ist ja doch auch eine Irradiation in den Plexus brachialis bei Nierenkoliken an und für sich nichts verwunderliches und zudem thatsächlich beobachtet worden.

Der anfänglich kaum fühlbare Puls hob sich bis zum folgenden Tage, doch bestand noch galliges Erbrechen, Anurie, das Aussehen war verfallen. Die objective Untersuchung ergab ein von der Lunge überlagertes Herz, kein Ictus, reine, leise Herztöne, normale Athemgeräusche, starke Druckempfindlichkeit der Regio epigastrica und der Hypochondrien. Es wurde die sitzende Stellung im Bett eingnommen. Extremitäten warm. Um 1 Uhr Mittags, etwa 18 Stunden nach Beginn des Anfalles erfolgte plötzlich der Tod. Die Section ergab folgendes: Bei sonst negativem allgemeinen und Organbefunde fand sich das Herz von den etwas erweiterten Lungen überlagert. Reichliche pericardiale und epicardiale Fettschicht. Bei Eröffnung des anscheinend nicht auffallend gedehnten Herzbeutels entleerte sich flüssiges Blut und fanden sich um die grossen Gefässstämme herum geronnene Blutmassen, im Ganzen 300 Ccm. Herz von normaler Grösse. Die vordere Wand des linken Ventrikels, besonders zur Spitze hin, in grosser Ausdehnung stark verdünnt, auf 2 Mm. dort ein wenig ausgebaucht und in der Nähe des Septums einen 3 Mm. langen Einriss darbietend, aus dem bei leichtem Drucke geronnenes Blut hervorquillt. Die Wand an dieser Stelle und in ihrer Umgebung mürbe wie Zunder. Zwischen den Trabekeln haften dunkle Gerinnsel. Herzhöhlen mässig gefüllt, Aorta leer, nur aus den grossen Venenstämmen ergiesst sich beim Ausschneiden des Herzens reichlich Blut. Körper im Ganzen blutreich. Beide Nieren recht mobil, hyperämisch, Nierenbecken erweitert, kein Calculus. Die genauere makroskopische und von Dr. Schabert freundlichst übernommene mikroskopische Untersuchung ergab: starke Sclerose einer Aortenklappe und des Aortenzipfels der Mitralis, Erweiterung und Verdickung der Gefässwand im Anfange der Coronaria, späterhin im verticalen Aste der Coronaria eine $1^1/_2$ Cm. lange verkalkte, anscheinend undurchgängige Stelle, von da an wieder glattwandiges, nur contrahirtes, ein kleines Blutgerinnsel enthaltendes Gefässrohr. Mikroskopisch fanden sich wesentlich degenerative Vorgänge. Es bleibt sich «ziemlich gleich, ob man aus der nächsten Umgebung der Ruptur oder von der Basis des linken Ventrikels nahe dem Mitralansatz oder aus der Mitte zwischen diesen Extremen sich Stückchen heraushölt. Ueberall findet sich fettige Degeneration ziemlich starker Intensität. Was besonders am Präparat, aus der Umgebung der Rupturstelle auffiel, das war die durchgängig geringe Breite der einzelnen Fibrillen, sie mögen durchschnittlich circa $^1/_3$—$^1/_2$ der gewöhnlichen Breite betragen haben. So dünne Fasern und in so grosser Menge wurden in den anderen Präparaten nicht gefunden. Myocarditis interstitialis nicht vorhanden».

Als das allen mitgetheilten Fällen gemeinsame wesentliche Merkmal erscheint, wie bereits zu Anfang bemerkt wurde, die plötzlich einsetzende, bedenkliche, oft in wenigen Stunden tödlich endende Herzschwäche, mit der sich in einem Theil und zwar in der Hälfte der Fälle heftige Schmerzen, theils im Pl. brachialis, theils im Epigastrium, und gastrische Erscheinungen, heftiges Erbrechen verbanden, während die anderen Fälle schmerzlos verliefen. Mir scheint aus der gelegentlichen Combination der Herzschwäche und abdominalem Schmerzparoxysmus ein die Diagnose wesentlich erschwerendes Moment zu folgen, da viele acute Abdominalerkrankungen, eine Gallen- oder Nierensteinkolik, eine hochsitzende Incarceration, der hämorrh. Infarct des Pankreas, eine acute Perforationsperitonitis zu gleichen Erscheinungen Veranlassung geben. Aus ihnen allein wird man in Fällen dieser Art darum keine sichere Entscheidung ableiten können und selbst bei Mitberücksichtigung aller Nebenumstände und der anamnestischen Daten oft bis zum Schluss im Zweifel verharren, wie auch der zuletzt mitgetheilte Fall lehrt. Aber auch nach gefällter Entscheidung zu Gunsten einer Herzaffection als Grund des schweren Anfalls, entsteht doch noch die andere Frage nach einer möglichen weiteren Differenzirung der Diagnose.

Auch die Antwort auf diese practisch nicht unwichtige Frage scheint mir zunächst nicht befriedigend ausfallen zu können, wenigstens so weit die Fälle meiner Beobachtung in Betracht kommen. Plötzlicher Herztod, ohne irgend welche auffallende Localerscheinungen trat hier eben so häufig, ja häufiger ohne Herzruptur, wie mit Herzruptur auf, spricht also keineswegs für eine Ruptur. Auch bei Schmerzen von der höchsten Intensität, bei ihrer Localisation im Epigastrium und auffallendem Erbrechen handelte es sich häufiger um



Herzaffectionen ohne Ruptur, vor Allem um einfachen Verschluss der Art. coronaria oder um ein Aneurysma dissecans. In einem Falle, über den in den Sitzungsprotocollen der ärztlichen Gesellschaft von mir berichtet worden ist[1]), verlief ein Verschluss des vertikalen Astes der Art. coronaria gleich im ersten, 2 Tage währenden Anfalle tödtlich unter heftigen epigastrischen Schmerzen mit anhaltendem galligen Erbrechen. Die Regel jedoch bildet hier der pectorale Sitz der Schmerzen mit Ausstrahlung in die Arme, so dass ein schwerer Anfall von Herzschwäche in Verbindung mit starkem epigastrischen Schmerz, wie im zweiten von mir mitgetheilten Falle, der Annahme einer Ruptur der Aorta in das Pericardium hinein doch einen gewissen Anhalt bietet. Besonders der Aorta, seltener des Herzens. Denn es unterscheiden sich diese beiden Rupturformen, wie wir gleich sehen werden, in einem sehr wesentlichen Puncte von einander. Während bei der Ruptur des Aortenursprungs der intakte linke Ventrikel unter vollem Drucke arbeiten kann, und dem entsprechend eine rasche und maximale Füllung des Pericardiums eintreten muss, wodurch dann sowohl die grössere Intensität aller Beschwerden, als etwaige Veränderungen der Herzdämpfung ihre Erklärung finden, verhält sich alles dieses bei einer Ventrikelruptur anders. Der Kraftmotor selber ist defect, die Continuität des Muskels unterbrochen, woraus nothwendig eine Verringerung seines Schlagvolumens, die Beeinträchtigung seiner Entleerung folgt.

Ja auch seine ansaugende, eine ergiebige Füllung des linken Ventrikels unterstützende Function während der Diastole muss in gleicher Weise leiden und zur Verringerung der ihn passirenden Blutmenge beitragen.

Aus alledem wäre zu folgern, dass es sich hier zum Unterschiede von der Aortenruptur garnicht um so grosse Blutergüsse, als man vielfach anzunehmen geneigt ist, handeln kann, womit sich denn auch, die Folgerung bestätigend, die Angaben der Autoren und eigene Beobachtungen über die bei den Herzrupturen ergossenen Blutmengen in gutem Einklange befinden. Vielfach vermisste ich freilich, wenigstens in den Referaten, die betreffenden Zahlen, soweit aber Mittheilungen darüber wie im Panum'schen Falle und mehrere andere vorlagen, handelte es sich stets um relativ geringe Mengen, 200, 210, 250, in meinem letzten Fall 300 Ccm. Blut im Pericard. In dem einen meiner Fälle von Aortenruptur hingegen enthielt das Pericard 500 Ccm. Blut und in beiden anderen war, wenn auch ohne Messung die grosse Menge des blutigen Ergusses ausdrücklich betont.

Ausser den erwähnten Ursachen einer geringen Füllung des linken Ventrikels kommt als zweites wichtiges Moment die erschwerte Entleerung in Betracht, denn in jedem Falle, sowohl bei der Aorten- als bei der Herzruptur findet der Blutaustritt während der Ventrikelsystole statt. Während nun aber diese Systole in einem Falle, bei der Aortenruptur eine Dehnung der Aorta und Erweiterung seines Risses unter höchstem Druck und ihm proportional bedeutet, verhält sich das im anderen Falle bei der Ventrikelruptur, auch hier gerade umgekehrt. Mit der Systole fällt die Verkleinerung des Ventrikels zusammen, die rupturirten Muskeln rücken während ihrer Contraction wenigstens zum Theil zusammen und haben somit das Bestreben die in ihnen gelegenen Oeffnungen zu schliessen und den Blutaustritt zu erschweren, worauf ja die relative Ungefährlichkeit der penetrirenden Herzwunden gegenüber den absolut tödlichen Aorten- und Arterienverletzungen beruht. Einmal also Verkleinerung der Rupturöffnung während der Systole und wenigstens in vielen Fällen Erschwerung der Blutentleerung infolge der Contraction, das andere Mal unter allen Umständen Dehnung des Risses mit jeder Systole und dem entsprechend beförderten Bluterguss in die Umgebung, um so ergiebiger, je kräftiger die Contractionen ausfallen.

Diese Thatsachen erscheinen mehr als in einer Hinsicht von Bedeutung. Einmal erklärt sich aus ihnen, wie bereits erwähnt, das Ueberwiegen heftiger Schmerzen insbesondere auch des epigastrischen Schmerzes bei der Aortenruptur, während sie bei der eigentlichen Herzruptur nach den vielen in der Literatur zerstreuten und auch meinen Beobachtungsfällen vielfach gänzlich vermisst werden oder doch in den Hintergrund treten. Die Füllung und darauf beruhende Dehnung des Pericards fällt hier eben aus den angeführten Gründen viel geringer aus, als zur Erzeugung so heftiger Schmerzen, wie sie bei Aortenruptur auftreten, erforderlich zu sein scheint.

Sodann folgt aus ihnen, dass es sich jedenfalls bei der Herzruptur im engeren Sinne nicht um einen Tod infolge von Verblutung handelt. Dazu sind die ergossenen Blutmengen hier viel zu gering. Was bedeutet ein einmaliger Blutverlust von den angegebenen Werthen bei einem erwachsenen Individuum selbst in höherem Alter? Kaum eine nennenswerthe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, geschweige denn eine tödtliche Gefahr. So sehr hier also einerseits die Voraussetzungen des Todes infolge des Blutverlustes fehlen, ebenso wenig entsprechen andererseits die Thatsachen der Annahme einer auffallenden «Verblutungsanämie», sich offenbarend «in hochgradiger Blässe der Haut und Schleimhäute». 200—300 Ccm. Blutverlust reichen hierzu nicht aus, dazu bedarf es ganz anderer Mengen. Auffallender anämischer Erscheinungen ist auch in meinen Krankengeschichten nirgends Erwähnung geschehen. Mir scheinen darum diese keinen Anspruch auf ein Merkmal der Herzruptur erheben zu können, zum grossen Unterschiede von den Rupturen des Aortastammes oder grösserer Gefässe mit freiem Erguss in die Umgebung, bei denen der Blutverlust als solcher das Leben des Kranken aufs Höchste gefährdet und im klinischen Bilde zum charakteristischen, bekannten Ausdrucke gelangt.

Aber auch einer anderen Vorstellung, nämlich der von einer comprimirenden Wirkung des in das Pericardium ergossenen Blutes auf das Herz und darauf beruhender Unterdrückung der Herzthätigkeit fügen sich die Thatsachen, wenigstens bei den Herzrupturen im engeren Sinne, nicht so ohne Weiteres. Zu einer derartigen Einwirkung scheinen, nach den Erfahrungen an pericardialen Trans- und Exsudaten, viel grössere, die vorhin angegebenen Mengen um das vielfache übersteigende Blutmengen erforderlich zu sein. So fanden sich in einem unserer Obductionsfälle 2000 Ccm. seröser Flüssigkeit im Pericard, in einem anderen 700, nachdem einige Tage vorher durch Punction 1500 Ccm. entleert worden waren, in einem dritten Fall 850 Ccm. und so in mehreren Fällen. Und selbst wenn wir die raschere Füllung des Pericards im Rupturfalle, zum Unterschiede von der langsamen im Exsudatfalle mit in Erwägung ziehen, so scheinen uns dennoch die 200—300 Ccm. Blut zu einer Erzeugung stärkerer Spannung und darauf beruhender Herzunthätigkeit nicht auszureichen, vielmehr dem Pericard Reserveräume von genügender Weite zur Verfügung zu stehen, um solche Mengen, ohne in erhebliche Spannung zu gerathen, noch zu bergen. Dafür sprechen auch die für diese ganze Frage wichtigen und interessanten Untersuchungen von Schaposchnikow über Pericarditis[2]), wonach an der Leiche eines Erwachsenen die Injection von 300 Ccm. Flüssigkeit in

[1]) Sitzung vom 4. December 1891. Referat «St. Petersb. Med. Woch.» 1892, p. 87.

[2]) Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1897. II. Band. p. 100 und 102.



das gesunde Pericard zunächst eine Füllung des sog. Sin. Pericardii transversus bewirkte und man im Stande ist, in das Pericard bis 180 Ccm. Flüssigkeit hineinzugiessen, ohne dasselbe erheblich auszudehnen».

Endlich verdient die Thatsache einer oft geringeren Füllung des Pericards besondere Beachtung in Rücksicht auf die objectiven Localsymptome.

Genauere Untersuchungen über die Grenzen, von wo an pericardiale Ergüsse mit Sicherheit festgestellt werden können, existiren meines Wissens nicht. Man nimmt an, dass schon geringe Menge sich durch eine im 2. oder 3. Intercostalraume links oder am oberen Sternalende oder am rechten Sternalrande im 4. resp. 5. Intercostalraume auftretende Dämpfung markiren.

Ich glaube wohl, dass an einer dieser Stellen zuerst oder an mehreren zugleich die angegebene Dämpfung als Zeichen eines mässigen Exsudates gelegentlich auftritt, halte das aber nicht für sicher und andererseits diese Erscheinung für zu vieldeutig, als dass sie der Diagnose eines Exsudates als sichere Stütze dienen könnte. Zur Erzeugung deutlicher, an sich schon characteristischen Dämpfungsfiguren gehören m. E. grössere Ergüsse, bei Erwachsenen gewöhnlicher Grösse von etwa 300 Ccm. an. Geringe Mengen, 100—200 Ccm. finden bei Erwachsenen normaler Grösse, wie es scheint, in den hinteren und seitlicheren Partien des Pericards, auch ohne Verdrängung der Lungen noch Platz genug, sich zu verbergen, ganz abgesehen von der im höheren Alter häufigen Ueberlagerung des Herzens durch die Lunge. So konnte denn im Panum'schen Falle eines Haemopericards von 200 Ccm. nach dem Fräntzel-schen Referat[2]) trotz wiederholter Untersuchung keine vergrösserte Herzdämpfung festgestellt werden, auch in meinen 2 genauer beobachteten Fällen fehlt sie. Trotzdem fanden sich im Herzbeutel zu 200—300 Grm. Blut.

Hiernach scheint die von der Voraussetzung grosser Ergüsse ausgehende Erwartung ausgedehnter Herzdämpfungen in Fällen von Herzruptur mit den Thatsachen vielfach nicht übereinzustimmen, wenigstens soweit die eigentliche Herzruptur in Betracht kommt, bei der die Percussionsverhältnisse wahrscheinlich meist normale bleiben, während die mit grösseren Ergüssen verbundenen Aortenrupturen allerdings zu den Localzeichen eines pericardialen Exsudates, wie auch in einem unserer Fälle constatirt werden konnte, führen.

Kurz recapitulirt ergeben sich somit in der Rupturfrage folgende Hauptsätze und Conclusionen:

1. Es ist klinisch zwischen der Ruptur des pericardialen Theils der Aorta und der eigentlichen Herzruptur zu unterscheiden.

Fast absolut tödlich sind beide, aber rascherer Verlauf, schwerere Erscheinungen, insbesondere auch grössere Schmerzhaftigkeit im Epigastrium mit begleitendem Erbrechen zeichnen die Aortenruptur aus.

2. Differentiell diagnostisch kommen bei den unter abdominalen Erscheinungen verlaufenden Rupturen acute Zufälle der Abdominalorgane in Betracht, besonders Gallenstein- und Nierenkoliken, hochsitzende Incarcerationen, Pankreasinfarct und a. m.

3. Ueberwiegen die Zeichen der Herzschwäche und treten pectorale schmerzhafte Sensationen in den Vordergrund, so scheint der pectorale Sitz der Erkrankung gesichert, eine weitere Unterscheidung aber der mit Ruptur und anderer ohne Herzruptur tödtlich verlaufenden acuten Herzaffectionen, besonders des Coronarverschlusses, des Aneurysma dissecans einstweilen nicht möglich.

---

[3]) Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. III. p. 54.

Nur die cardiale Aortenruptur als solche zu diagnosticiren, bieten die hier zu erwartenden ausgedehnten Dämpfungen sichere Anhaltspuncte.

4. Schwer anämische Erscheinungen fehlen in beiden Fällen und sind wegen des verhältnissmässig gering ausfallenden Blutverlustes auch nicht zu erwarten.

5. Dieselben Gründe sprechen gegen den Bluterguss und den damit verbundenen Blutverlust als Todesursache. Es handelt sich in keinem Falle um einen Verblutungstod, sondern bei der Aortenruptur um Tod infolge Compression des Herzens durch die acute pericardiale Dehnung und Spannung, bei der Herzruptur hingegen, da hier die beobachteten Mengen zur Erzeugung einer genügenden Spannung nicht auszureichen scheinen, um den Herztod infolge der mit der Ruptur abschliessenden hochgradig gediehenen Zerstörung des Herzmuskels.

6. Therapeutisch kommen nur bei grossen Ergüssen also bei der Aortenruptur eventuell vorsichtige Aspirationen des ergossenen Blutes in Betracht, da, wie bei Aneurysmarupturen beobachtet wurde, länger währende Verklebungen der Ruptur selbst unter so ungünstigen Verhältnissen nicht völlig ausgeschlossen erscheinen. Die Herzruptur hingegen dürfte wohl nur Indication zur Ruhigstellung des Herzens und Application schmerzlindernder Injectionen abgeben. Reizmittel sind in jedem Falle contraindicirt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Arnold Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems mit Bemerkungen zur normalen Anatomie desselben. Mit 205 Abbildungen. (Berlin 1898. Verlag von S. Karger. Preis 12 Mark. 324 S.).

Das Buch ist eine Sammlung von 21 Abhandlungen, von welchen betrifft die 1. die Störungen der Identification, die 2.—12. die Lehre von der Sprache und ihren Störungen, die 13.—16. Symptomencomplexe bei cerebralen Herderkrankungen, die 17.—21. Anatomie und Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Zum Theil sind bereits früher veröffentlichte klinische Fälle miteingezogen worden, die durch Mittheilung des weiteren Verlaufes, des Sections- und des mikroskopischen Befundes erweitert wurden.

Michelson.

W. D. Miller, Professor an der Universität Berlin. Lehrbuch der conservirenden Zahnheilkunde. Mit 449 Abbildungen. Zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage. (Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1898).

Die erste, vor zwei Jahren erschienene, Auflage des vorliegenden Buches hat eine sehr freundliche Aufnahme und weite Verbreitung gefunden. Wenn ein Buch nach verhältnissmässig so kurzer Zeit in zweiter Auflage erscheinen muss, so liefert das den besten Beweis, dass dasselbe sich in der Praxis vollkommen bewährt hatte. Und in der That genügt dasselbe allen Erwartungen, die man an ein Lehrbuch der Zahnheilkunde knüpfen kann. Die Behandlung der Defecte der harten Zahnsubstanzen ohne Ausfüllung, das Füllen der Zähne, die verschiedenen Füllungsmaterialien, die Therapie der Pulpaerkrankungen, die Reinigung der Zähne, die Prophylaxe und die Behandlung der Milchzähne — alle diese Abschnitte sind mit der grössten Ausführlichkeit besprochen. Wir hoffen deshalb, dass das Lehrbuch nicht nur den Studirenden, sondern auch den in der Praxis stehenden Zahnärzten, als brauchbarer Wegweiser dienen wird.

S.

Dr. Gustav Abeles: Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. Mit 15 Abbildungen im Text. (Leipzig. Verlag von C. G. Naumann).

Ein kleines, 130 Seiten fassendes, aber vorzügliches Büchlein, in dem das Krankheitsbild der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes eine sehr klare Darstellung gefunden hat. Es ist hauptsächlich für den praktischen Arzt und Studirenden der Medicin bestimmt, denen Verf. bemüht war ein Verständniss von diesem so weit verbreiteten Krankheitszu-



stande zu geben und sein Bestreben auch sehr gut erfüllt hat. Diesen sei das Büchlein auf's Wärmste empfohlen. Es wird gewiss dazu beitragen, die Kenntniss dieser ausserordentlich wichtigen Krankheit in weiteren ärztlichen Kreisen zu verbreiten.

Sacher.

Festschrift gewidmet Filipp Josef Pick aus Anlass der Vollendung seiner 25jährigen Thätigkeit als Professor und Vorstand der K. K. dermatologischen Klinik in Prag, in Verehrung und Dankbarkeit von Collegen und Schülern. Redigirt von Geheimrath Prof. A. Neisser in Breslau. — 2 Theile mit 25 Tafeln. Wien und Leipzig. Wilh. Braumüller. 1898.

Die beiden stattlichen Bände (die gleichzeitig Band XLIII und XLIV des Archivs für Dermatologie und Syphilis bilden) sind der schönste Beweis für die Liebe und Verehrung, die sich Prof. Pick bei den Specialcollegen aller Herren Länder erworben und bilden sie ein schönes Denkmal der Anerkennung der Verdienste Pick's um die Dermatologie. Wir müssen noch erwähnen, dass Theil I mit einer sprechend ähnlichen Phototypie Pick's geschmückt ist.

Eine genaue Wiedergabe der 53 Arbeiten würde zu viel Raum einnehmen, wir behalten uns daher vor über die hervorragendsten Arbeiten eingehender zu referiren und wollen hier nur einen kurzen Ueberblick geben:

Prof. de Amicis (Neapel) berichtet über einen Fall von Diplegia spastica congenita (Little'sche Krankheit), die er als von Syphilis abzuleitende Dystrophie ansieht.

Arning (Hamburg) beschreibt einen eigenartigen, lehrreichen Fall von Erythema perstans pseudoleprosum, mit vorzüglicher farbiger Illustration.

Bandler (Prag) macht auf die Plicae anales hypertrophicae ulceratae bei Prostituirten aufmerksam (von 57 Fällen waren in 23 diese Erscheinungen nach luetischer Infection eingetreten).

Bender (Düsseldorf) sowie Wilander (Stockholm) behandeln die Protargoltherapie.

Blaschko bringt eine ausführliche Arbeit über Topographie der Hautdecke in ihrer Beziehung zur Localisation und Anordnung von Affectionen.

Bonn (Prag) bearbeitete die «Hydrotherapie bei Hauterkrankungen».

Breda (Padua) giebt Betrachtungen über Lichen ruber, Caspary «über den Sitz der latenten Syphilis». Pospelow (Moskau) bespricht die Syringomyelie, desgleichen behandelt Düring (Constantinopel) eingehend die Schwierigkeiten der Diagnose nervöser Lepraformen (schöne Phototypien). Ehrmann (Wien) schreibt über die Rolle der Melanoblasten bei der Syphilis.

Ueber Purpura haben Fabry (Dortmund) und Majocchi (Bologna) gearbeitet.

Finger (Wien) schreibt über Prostatitis, Jadasohn (Bern) über Immunität und Superinfection bei chronischer Gonorrhoe.

Grünfeld (Rostow a. Don) theilt einen hübschen Fall von Epidermolysis mit, Hallopeau (Paris) behandelt das Verhältniss der «Pyodermite vegetante zum Pemphigus». Ueber Letzteren hat Jarisch (Graz) anatomische Untersuchungen gebracht.

Klotz (New-York) berichtet über Nebenwirkungen bei Hg.-Behandlung. Neumann (Wien) beschreibt eine seltene Form von Hautatrophie. Petersen (St. Petersburg) bringt eine Arbeit über Favus-Behandlung, desgleichen beschreibt Petrini (Bukarest) eine seltene Form von Favus. Der Sohn des Jubilars Friedrich Pick (Privatdocent der Nervenkrankheiten in Prag) bringt dem Vater eine Arbeit dar über Tabes mit Meningitis syphilitica. Rille (Wien) theilt seine Erfahrungen über Calomeleinreibungen bei Syphilis mit. Rona (Budapest) berichtet über Symptome der Urethritis totalis.

Kaposi hat eine höchst interessante Arbeit über Miliartuberculose der Haut und angrenzenden Schleimhäute dargebracht, mit ausgezeichneten farbigen Bildern. Auch Rosenthal (Berlin) schreibt über Hauttuberculose.

Seifert (Würzburg) bespricht die Syphilis der Zungentonsille.

Thibierge (Paris) theilt seine Erfahrungen über die Behandlung mit den Pick'schen Arzenei-Gelatinen mit.

Spietschka (Assistent von Pick) beschreibt 3 Fälle von Acanthosis nigricans, Staub einen Fall von Lepra in der Provinz Posen.

Tomali (Palermo) berichtet über Condylimatosis pemphigoides, Zeissl über Einfluss von Jod auf den Gehirndruck. Den Schluss bildet eine grössere Arbeit Neisser's über die Serumtherapie bei Syphilis.

Aus diesem kurzen Ueberblick des reichen Inhaltes ersehen wir, wie reges Leben gegenwärtig im Kreise der Dermatologen herrscht, wohl zu nicht geringem Grade ein Verdienst Pick's, der es verstanden hat kräftig mitzuarbeiten zur Hebung und Entwickelung dieses Zweiges der medicinischen Wissenschaft.

Es erübrigt zum Schluss noch darauf hinzuweisen, dass die geschätzte Verlagsanstalt Braumüller keine Mittel gescheut hat, dieses werthvolle wissenschaftliche Festwerk würdig auszustatten.

Petersen.

Prof. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Band VIII, 6. Prof. B. Naunyn: Diabetes mellitus. (Wien 1898. Hölder).

Durch das Heranziehen des berühmten Strassburger Klinikers und Forschers, dessen grundlegenden Arbeiten auf dem Gebiete des Diabetes wohl jedem Arzte bekannt sind, für die Bearbeitung der Zuckerkrankheit im Nothnagel'schen Sammelwerke, hat sich der Hölder'sche Verlag ein grosses Verdienst erworben. In der That hat Prof. Naunyn ein Meisterwerk geschaffen, das als Zierde unserer medicinischen Literatur gelten muss und wohl die weiteste Verbreitung in ärztlichen Kreisen beanspruchen kann. Sowohl die Darstellung des theoretischen Materials, als auch namentlich des praktischen Theiles, die Würdigung der Krankheitssymptome und der Krankheitsformen ist mit solch einer Ausführlichkeit und Sachkenntniss durchgeführt, dass auch der anspruchvollste Leser vollauf befriedigt wird. Der erste grosse Theil des Buches ist der Besprechung der verschiedenen Arten der Glycosurie gewidmet, welche nach ihrer experimentellen, anatomischen und constitutionellen Entstehung geordnet sind und in diagnostischer, wie prognostischer Beziehung ausführlich besprochen werden. Sehr eingehend ist die Symptomatologie des Diabetes abgehandelt; die Schwere der Krankheit ist aus der Toleranz des Organismus für Kohlehydrate zu beurtheilen; Fälle welche bei einer Zufuhr von 60 g. Brod täglich zuckerfrei sind, bezeichnet Naunyn als leichte; solche, die eine nicht geringe Toleranz zeigen (z. B. bei 30—40 g. Brod eine nur minimale Zuckermenge ausscheiden), bei denen aber der letzte Rest selbst bei vollster Kohlehydratabstinenz nicht verschwindet, sind zu den schweren Formen zu rechnen. Der Schilderung des Verlaufes der Krankheit hat Verf. eigene, sorgfältig beobachtete Krankengeschichten zu Grunde gelegt, die höchst interessant und lehrreich sind, auf die wir aber leider wegen Raummangel hier nicht näher eingehen können. Wir wollen jedoch auf den mit ganz besonderer Sorgfalt ausgearbeiteten therapeutischen Theil unsere Leser aufmerksam machen. In Familien mit erblichem Diabetes, häufigem Vorkommen von Gicht, Adipositas, spielt die prophylaktische Therapie eine grosse Rolle. Hier sollte der Arzt die Toleranz für Kohlehydrate bestimmen und die verdächtigen Personen zur Pflege ihres Nervensystems, sowie zu zweckmässiger Ernährung anhalten. Für die Behandlung des Diabetes stellt Naunyn 3 Diätformen zurecht 1) strenge Fleischdiät 2) leichte Fleischdiät 3) leichte gemischte Diät; bis in die kleinsten Details werden die Verhältnisse geschildert, welche die Anordnung dieser oder jener Diätform erheischen. Neben der diätetischen Behandlung bespricht Verf. die Bedeutung der Muskelthätigkeit und der Massage, der medicamentösen Therapie und der Brunnencuren. Den Schluss des Werkes bilden zwei kurze, aber sehr inhaltreiche Kapitel: Theorie des Diabetes, welcher nach Naunyn als die Aeusserung einer individuellen, oft ererbten oder angeborenen Schwäche des Zuckerstoffwechsels aufzufassen ist, und das Capitel über den Zuckernachweis im Urin. Im Anhange finden wir Auszüge von 40 Sectionsprotokollen eigener Beobachtung sowie eine Reihe von Nahrungstabellen.

Abelmann.

Asmus: Das Sideroskop und seine Anwendung. (Wiesbaden 1898. J. F. Bergmann).

Die bisherigen Arbeiten des Verf. über das von ihm zur Auffindung von Eisensplittern im Auge construirte Sideroskop sind in verschiedenen, vielen Aerzten nicht leicht zugänglichen Ophthalmologischen Zeitschriften enthalten. Es ist daher sehr erfreulich, dass er in vorliegender Monographie eine genaue Beschreibung des Instrumentes und der Art seiner Anwendung, sowie eine Anleitung zur richtigen Deutung der Befunde giebt, der eine nach der Art der letzteren in Gruppen geordnete reiche Casuistik folgt. Für den Nachweis von Eisensplittern im Auge ist das Sideroskop bisher das einzige und zwar ein ganz vortreffliches Instrument; die verschiedenen Versuche die Röntgenstrahlen auch hier zu verwerthen, sind bisher fast ganz an der Schwierigkeit gescheitert, dass das in der Orbita liegende Auge nicht von allen Seiten frei zugänglich ist und dass die Localisirung des Splitters eine sehr complicirte und unsichere bleibt, während sie mit dem Sideroskop in wenigen Minuten gelingt. Letzteres, ist ferner relativ billig und einfach zu handhaben, ausserdem ganz gut geeignet, auch in den übrigen Körpertheilen Eisensplitter nachzuweisen und ihren Sitz in einer für die Operation genügenden Weise festzustellen. Das beweist eine ganze Reihe von Verletzungsfällen, die Asmus mittheilt.

Es steht daher wohl zu erwarten, dass das Sideroskop bald nicht nur von allen Augenärzten, sondern auch von manchen anderen in Gebrauch genommen werden wird; diesen wird das vorliegende, keine besonderen physikalischen Kenntnisse voraussetzende, klar und überzeugend geschriebene Buch gewiss sehr willkommen sei. Schroeder.

Prof. M. Kaposi: Handatlas der Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte. 1. Abtheilung. 2. Hälfte. (Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1898. Preis 8 Mark).

Vor Kurzem haben wir an dieser Stelle auf die neue, gross angelegte und einzig in ihrer Art dastehende Ausgabe bereits hingewiesen, welche Verf. unternommen hat, um die Schätze der Wiener Hautklinik Allgemeingut werden zu lassen.

Der eben erschienene zweite Theil, enthält weitere 60 lose Chromotafeln, die fast den Anschein haben, als seien sie noch feiner und gelungener als die ersten. Die Anschaffung dieses prächtigen und wohlfeilen Bilderwerkes ist Interessenten auf das wärmste zu empfehlen. Kallmeyer.

Prof. Dr. O. Körner: Die Hygiene des Ohres. (Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1898).

Ein in der Aula der Universität Rostock, mehr für den Laien, gehaltener Vortrag, in dem aber auch der Arzt manch' praktischen Wink finden wird. Dem Laienpublicum wird die Lectüre desselben grossen Nutzen bringen und viele, sehr verbreitete, Aberglauben aus demselben auszurotten helfen.

Sacher.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Arthur Keller giebt ein neues Nährpräparat für magendarmkranke Säuglinge an, die sog. Malzsuppe: 50 g. Weizenmehl werden in 1/3 Liter Kuhmilch eingequirlt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen; in einem anderen Gefäss werden 100 g. Malzextract in 2/3 Liter Wasser bei 50° C. gelöst, dazu werden 10 ccm. einer 11 pCt.-igen Kaliumcarbonicumlösung zugesetzt, alsdann wird diese Malzextractlösung mit der Mehlmischung vereinigt und das Ganze aufgekocht. K. berichtet über 28 Säuglinge, bei denen die Wirkung dieser Suppe eine vortreffliche war und stellt seine Malzsuppe wesentlich höher, als die verschiedenen Milchpräparate. Deutsche med. Woch. Nr. 39.

— Dr. Karl Herxheimer behandelte 28 Psoriasiskranke mit intravenösen Arseninjectionen und hatte äusserst günstige Erfolge zu verzeichnen selbst in denjenigen Fällen, wo gar keine locale Mittel zur Anwendung gelangten. Die Heilung begann gewöhnlich Ende der 2. oder Anfang der 3. Woche, indem die Papeln dunkler pigmentirt wurden und die Abschuppung sich verminderte; alsdann erfolgte die Abflachung der Efflorescenzen, meist verschwanden auch die Pigmentirungen. Die Heilungsdauer betrug im Mittel 48 Tage. Es wurde mit 0,001 Acid. arsenicos. begonnen und täglich um 0,001 gestiegen, bis 0,015 erreicht war; diese Dosis wurde bis zum völligen Verschwinden der Efflorescenzen beibehalten. Die Injectionen wurden meist in die Ellenbogen — seltner in die Kniekehlengegend gemacht; um den Oberarm wurde die Esmarch'sche Binde gelegt, worauf die Venen bald stärker hervortraten. Um die Krankheit dauernd zu beseitigen, schlägt H. ähnlich, wie bei Lues eine intermittirende Behandlung vor, und zwar wiederholte Arsenikkuren auch in der symptomenfreien Zeit.

Berliner klin. Wochensch. Nr. 35. 1897.

Mittheilungen aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. April 1898.

1. Dr. Schabert demonstrirt:

a) Ein Präparat der Harnorgane eines Stricturkranken mit mehrfachen Harnfisteln, falschen Wegen und periurethraler Abscedirung.

b) Das Präparat einer Tuberculose der Niere und Blase; letztere hatte sich intra vitam durch keinerlei Symptome documentirt.

c) Das Präparat einer Hydronephrose (zufälliger Sectionsbefund): vor der erweiterten Partie des Urethers ein kleines Papillom und ein ca. bohnengrosses Concrement. Vort. hält den kleinen Tumor für die primäre Affection.

Dr. Dahlfeld fragt, ob der Tumor, den der recht ansehnliche Hydronephrosensack bildete, intra vitam nicht palpabel war.

Dr. Hampeln: Der betr. Patient war mit einer Pneumonie in die Abtheilung des Krankenhauses eingeliefert worden, so dass sich die Untersuchung naturgemäss auf den Locus affectionis in erster Reihe richtete. Bei schweren Erkrankungen müsse man im Allgemeinen auf überraschende Befunde an den nicht direct betroffenen Organen bei der Nekropsie gefasst sein, weil die Untersuchung derselben intra vitam oft nicht erschöpfend sein kann und darf. Bei Abdominalerkrankungen gehörten dazu ganz bestimmte Bedingungen, nämlich Narkose und leerer Darm. Bei der Patientin, welche in vorgerücktem Alter, ament und sehr schwach war, war noch dazu meteoristische Spannung vorhanden.

Dr. Dahlfeid wirft die Frage auf, bis zu welcher Grösse herab im Allgemeinen wohl Nierentumoren durch Palpation festgestellt werden könnten.

Dr. Bartels erinnert an eine Mittheilung Israel's über einen palpatorisch festgestellten und durch erfolgreiche Operation bestätigten Nierentumor von ca. Wallnussgrösse.

Dr. Schabert berichtet über seine eigenen Erfahrungen bezüglich der Palpation der Niere. Während Israel und Litten in der Rückenlage palpiren, andere die Seitenlage mit angezogenen Knien bevorzugen, halte er für die günstigste Lage die Halbseitenlage auf der der zu palpirenden entgegengesetzten Seite, mit leichtem Anziehen des correspondirenden, Strecken des entgegengesetzten Beines.

Dr. Thilo empfiehlt als geeignetste Stellung für die Erschlaffung der Bauchdecken die Rückenlage, wobei die Unterschenkel durch einen untergeschobenen Stuhl erhöht werden, jedoch nicht so weit, dass Patient dadurch in eine Hängelage gerieihe.

Dr. Hampeln: Die allgemeine Vorschrift Rückenlage mit angezogenen Knien erreiche oft ihren Zweck nicht, bei vielen Patienten sei die Entspannung der Bauchdecken in einfacher Rückenlage stärker. Die Hauptsache dabei sei die Näherung der Insertionspuncte der Mm. recti und obliqui, hierfür sei die Stellung der Beine ziemlich gleichgiltig. Diese Annäherung werde vielleicht am Besten in der Seitenlage erreicht, wobei meist die Wirbelsäule etwas gebeugt werde.

Dr. Hach schliesst sich Dr. Thilo insofern an, als auch er die Erhöhung des Fussendes des Untersuchungslagers für sehr vortheilhaft bei der Palpation des Abdomens hält. Beim Anziehen der Kniee auf ebenem Lager liege der Patient oft nur mit den Fersen auf, sobald aber nicht die Sohle voll aufliege, trete keine vollständige Entspannung ein. Vortheilhaft sei es, auch den Steiss durch ein Keilkissen zu erhöhen.

2. Dr. O. Klemm theilt zunächst mit, dass in der Zusammensetzung der Gärtner'schen Fettmilch eine Aenderung vorgenommen sei, welche einen gewissen Ueberschuss an Casein garantire. Sodann macht er die angekündigten Mittheilungen «Zur Ernährung heredoluetischer Säuglinge». Vortr. wendet sich zunächst gegen die Behauptung Dr. Mey's (cf. Sitzung vom 4. Februar) «für das Gedeihen heredosyphilitischer Säuglinge sei die Ernährung durch Frauenmilch eine conditio sine qua non» und weist an der Hand zahlreicher Citate nach, dass das Mortalitätsverhältniss der Heredosyphilitischen bei künstlicher Ernährung zwar erheblich schlechter sei, dass jedoch eine grosse Zahl von Autoren auch bei künstlicher Ernährung günstige Erfolge für möglich halten bezw. erlebt haben. Er halte diese Feststellung für principiell wichtig in Anbetracht der Frage, ob eine nicht inficirte Mutter ihr syphilitisches Kind selbst stillen dürfe. Im Hinblick darauf, dass das Colles'sche Gesetz keine unbedingte Giltigkeit habe,» bezeichnet Vort. die ärztliche Einwilligung hierzu als ein Hazardspiel mit Leben und Gesundheit der Mutter. Auch einer gesunden Amme unter Aufklärung über das Risico der Infection dürfe ein heredoluetisches Kind nicht übergeben werden, da eine solche Person nicht im Stande sei, sich von der Grösse und Bedeutung der Gefahr, in welche sie sich begebe, eine Vorstellung zu machen. Ernährung durch Frauenmilch sei also nur statthaft, wenn die stillende Frau sicher luetisch inficirt sei. Wo dieser Nachweis fehle, sei küntlich zu ernähren.

Dr. Rulle hat ebenfalls gutes Gedeihen Heredosyphilitischer bei künstlicher Ernährung beobachtet. Er empfiehlt, frühzeitig die Amylaceen zur Ernährung heranzuziehen, welche im Vereine mit kalten Frottirungen anregend auf den Stoffumsatz wirkten.

Dr. Deubner: Wie für gesunde Kinder, so müsse ganz besonders für kranke die Muttermilch a priori als beste Nahrung bezeichnet werden. Bei der unbemittelten Bevölkerung, Fabrikarbeitern etc. sei man jedoch oft durch die Verhältnisse zu künstlicher Ernährung gezwungen, auch er könne das Gedeihen einer ganzen Anzahl Heredosyphilitischer bei derselben bestätigen. Eine Infection der nicht syphilitischen Mutter durch ihr Kind hält er für sehr selten und lässt daher im Allgemeinen die Mutter ihr Kind stillen, wo die Verhältnisse es erlauben. Ohne sie als Begründung für sein persönliches Handeln in Anspruch zu nehmen, führt er betreffs Heranziehung einer Amme Henoch's Ansicht an, der «nicht ansteht, einer solchen nach genügender Aufklä-



rung auch ein syphilitisches Kind zu übergeben, wenn dasselbe keine Affectionen der Mundhöhle habe und genügende Vorsicht in Behandlung der Brustwarzen etc. geübt werde. Man sei oft aus Gründen der Discretion gezwungen, zur Ammenernährung zu greifen und er müsse zwar die Möglichkeit der Infection zugeben, habe jedoch selbst keinen Fall davon gesehen».

Dr. Woloshinski hält das Stillen durch die nichtinficirte Mutter für zulässig; dieselbe sei durch das Zusammenleben mit dem luetischen Manne dauernd in viel höherem Grade gefährdet als durch das Kind. Für letzteres aber wären die Chancen doch gegenüber der künstlichen Ernährung, wie die vom Vortr. angeführten Zahlen ergeben, so viel günstiger gegenüber einer künstlichen Ernährung, dass der Versuch, die Mutter vor einer Infection zu bewahren, der sie später schwerlich entgehe, dem gegenüber kaum Beachtung beanspruchen könne.

Unter nochmaligem Hinweis auf seine Ausführungen erwidert Dr. Klemm, die hohen Mortalitätsziffern kämen zum Theil doch auch auf Rechnung der Syphilis, die ja auch unter den Brustkindern ihre Opfer fordere. Die Gesundheit der Mutter um eines schwächlichen syphilitischen Kindes willen zu gefährden, halte er nicht für gerechtfertigt.

Dr. med. H. Schwartz,
d. Z. Secretär.

Sitzung vom 15. April 1898.

1. Dr. Krannhals demonstrirt:

a) Ein Herz mit grossem Kugelthrombus im linken Vorhofe.

b) Ein Herz mit hochgradigen endocarditischen Veränderungen (stalaktitenartige Wucherungen der Aortenklappen).

Dr. Hampeln bemerkt zu dem Falle der Kugelthrombose, die grosse Seltenheit dieses Befundes betonend, von dem er aus eigener Anschauung keinen anderen Fall kenne, dass die klinische Diagnose dieses eigenthümlichen Zustandes zwar nicht immer möglich, unter günstigen Umständen aber doch zu stellen sei. Nach Ziemssen sei man berechtigt, an eine solche Erscheinung zu denken, wenn im Verlauf einer bis dahin gut compensirten Mitralstenose sich plötzlich hochgradige Circulationsstörung ohne Fieber einstelle. In diesem Falle sei der Kranke bereits mit hochgradiger Circulationsstörung ins Krankenhaus gekommen, es habe also an einem Moment gefehlt, welches den Verdacht in dieser Richtung rege werden liess.

Zum zweiten Falle bemerkt Dr. Hampeln, seiner Erfahrung nach scheine bei den Erkrankungen des Aortenostiums, deren grösste Anzahl ja von den auf arteriosclerotischer Basis entstehenden Läsionen gebildet werde, die Endocarditis als nächst häufige Ursache ein abweichendes Verhalten von der der anderen Ostien zu zeigen, indem sie zu einem chronischen schleichend progredienten Verlaufe neige. Während die Klappenfehler des Ostium venosum meist Folgezustände einer abgelaufenen Endocarditis seien und die Kranken meist erst der Circulationsstörung bei eintretender Herzinsufficienz erliegen, sei bei Aortenfehlern der tödtliche Ausgang meist durch die Endocarditis selbst bedingt, die vorzugsweise schleichend, ohne sich nach aussen zu documentiren, verlaufe. Auffallende Symptome, wie Schüttelfröste, hohes Fieber u. s. w. seien mehr der frischen Endocarditis eigen. Dieses Verhalten sei stets in localen Verhältnissen begründet: Die Aortenklappen seien viel brüskeren Einflüssen seitens des Blutstromes ausgesetzt, während das Entströmen des Blutes am Ost. venos. langsamer und unter geringerem Drucke geschehe und daher der Klappenapparat nicht so der Zerrung und Dehnung unterworfen sei, welche dem Eindringen der Krankheitserreger in das Gewebe Vorschub leiste.

2. Dr. Mey hält den angekündigten Vortrag: «Zur Klinik der Influenza».

Mehrere Fälle fieberhafter Erkrankung bei Kindern von 6—11 Jahren, in kinderreichen Familien, ziemlich gleichzeitige Erkrankung unter Mattigkeit, Gliederschmerzen, Kopfschmerz, geringem Schnupfen, Husten und Frösteln mit mässigen Fieberbewegungen, Dauer meist 2—6 Tage. In 2 Fällen, bei einem 7jährigen Mädchen und 10jährigen Knaben, zeigte sich ein ungewöhnlich protrahirter Verlauf (5 bezw. 8 Wochen) bei Abwesenheit nachweisbarer Organveränderungen. Das Fieber setzte unter initialem Frösteln ein, zeigte zunächst stark remittirenden Typus: Frostanfall von 15—20 Minuten Dauer täglich Nachmittags mit nachfolgendem Hitzestadium, Entfieberung während der Nacht. Chinin erfolglos.

Zu Gunsten der Annahme einer gemeinsamen aetiologischen Basis und zwar einer Influenzainfection für die mitgetheilten Krankheitsbilder spreche: das gleichzeitige Vorhandensein ähnlicher Erkrankungsformen in grösserer Anzahl im Verlaufe des ganzen Winters, das Ergriffenwerden ganzer Familien, der Nachweis eines mehr oder weniger deutlich erkennbaren Nasenrachencatarrhs, endlich der günstige Ausgang und die ungestörte Reconvalescenz.

Dr. Treymann richtet an Vortragenden die Frage, ob er in der Lage sei, über die Geschichte der früheren Pandemien der sogen. Grippe Mittheilungen zu machen und ob sich nicht aus Analogien mit früheren Massenerkrankungen eine Hoffnung auf ein allmähliches vollständiges Erlöschen der Epidemie für einen längeren Zeitraum ergebe?

Dr. Mey kann über die Geschichte der früheren Epidemien keine Mittheilungen machen. Er weist darauf hin, dass doch auch vor der 89er Epidemie das Krankheitsbild nicht ganz verschwunden war, da man damals vielfach einen Unterschied zwischen Influenza vera (der neuen Pandemie angehörigen Erkrankungen) und I. nostras machen wollte.

Dr. Hampeln: Vortr. sei zur Diagnose «Influenza» gelangt auf Grund der zeitlichen und örtlichen Häufung der Erkrankungen und per exclusionem. Doch sei s. E. der Typhus abdom. bezw. das Typhoid bei einigen der vorgestellten Temperaturcurven nicht mit Sicherheit auszuschliessen, da ein ähnlicher Fieberverlauf auch bei diesem gelegentlich vorkommen könne und Darmerscheinungen nicht nothwendig manifest zu werden brauchten. Jedenfalls wäre eine bacteriologische Untersuchung sehr wünschenswerth gewesen.

Dr. Mey glaubte Typhus ausschliessen zu können, weil — auch bei Fällen mit remittirendem Fieber — doch immer eine kürzere oder längere Continua vorausgehe.

Demgegenüber weist Dr. Hampeln auf die von Weil constatirten Fälle von rein intermittirenden Typhen hin.

Dr. Krannhals hat einen Fall von Influenza mit ausserordentlich protahirtem Verlauf beobachtet. Derselbe spiele seit October vorigen Jahres und sei erst vor Kurzem in die Reconvalescenz eingetreten. Er habe anfangs an Meningitis, später an eine schleichende Tuberculose gedacht, bis ihm schliesslich der Nachweis der Influenzabacillen im Sputum gelang. Die Diagnose derselben aus dem Sputum sei mit ziemlicher Sicherheit zu machen.

Dr. O. Klemm wirft die Frage auf, ob diese Mikroben bereits mit Sicherheit als Erreger der Influenza bezeichnet werden könnten, worauf Dr. Krannhals erwidert, dass man nach dem heutigen Stande der Frage zu dieser Annahme wohl berechtigt sei. Es seien zwar von verschiedenen Seiten Zweifel kundgegeben worden, doch kenne man vorläufig keinen anderen Erreger der Influenza.

Dr. O. Klemm: Vortr. habe auf die Erfolglosigkeit des Chinin hin Malaria ausgeschlossen. Nun sei ja aber bekannt, dass es Fälle von Malaria gebe, in denen Chinin versage. Er selbst habe Fälle gesehen, in denen Chinin ganz wirkungslos war und erst Phenocollum hydrochlor. Erfolg hatte.

Dr. Hampeln: Zum Ausschliessen der Malaria seien ja vom Vortr. ausser dem mangelnden Erfolge von Chinin noch andere Momente herangezogen worden. Er richtet an Vortragenden die Frage, ob in einem der Fälle Milztumor zu constatiren gewesen sei, welche vom Vortr. verneinend beantwortet wird.

Dr. med. H. Schwartz,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinal-Inspector, Ehrenleibmedicus Geheimrath Dr. Remmert, ist in der vorigen Woche aus dem Auslande nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Eine Gruppe Moskauer Aerzte begiebt sich, wie die «M. D. Ztg.» meldet, dieser Tage ins Ausland (nach Wien, Berlin etc.), um die dortigen Kliniken und Krankenhäuser zu besichtigen und die hervorragendsten Curorte Westeuropas zu besuchen. Diese zu wissenschaftlichen Zwecken veranstaltete Reise wurde auf dem Wege collegialer Subscription organisirt.

— Am 22. November vollendeten sich 40 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Redacteurs der hierselbst erscheinenden medicinischen Zeitschrift «Jeshenedelnik», Geheimraths Dr. Woldemar Stolz. Der Jubilar war längere Zeit auch Docent für gerichtliche Medicin an der militär-juridischen Academie und im vorigen Jahre Präsident der St. Petersburger (russischen) medicinischen Gesellschaft.

— Am 15. November beging der Professor der Pharmacie und Pharmakognosie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath W. A. Tichomirow, das 25jährige Jubiläum seiner gelehrten Thätigkeit.

— Das russische vorbereitende Comité für den nächsten internationalen medicinischen Congress in Paris (1900) besteht aus dem Chef der militär-medicinischen Academie Prof. Paschutin als Präses und dem Director des Medicinal-Departements Dr. Ragosin, den Professoren Anrep, Sklifossowski, Weljaminow und Ott, dem Ober-Militär-Medicinalinspector

Dr. Remmert, dem Ober-Medicinalinspector der Flotte Dr. Kudrin, dem Director des Instituts für Experimental-Medicin Dr. Lukjanow, dem Ehrenleibmedicus Dr. E. A. Golowin und dem Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Ssutugin als Mitgliedern.

— Der berühmte Hygieniker Professor emer. der Münchener Universität Dr. Max von Pettenkofer, Präsident der bayerischen Academie der Wissenschaften, hat am 3. December n. St. seinen 80. Geburtstag gefeiert. Aus diesem Anlass hat unter Anderen auch die Berliner medicinische Facultät ihm eine kunstvoll ausgestattete Adresse übersandt.

— Enthoben auf eigenes Ersuchen: der Consultant für Augenkrankheiten bei den St. Petersburger Erziehungsanstalten der Institutionen der Kaiserin Maria, Director und Oberarzt der St. Petersburger Augenheilanstalt, Leiboculist des Allerhöchsten Hofes, Geheimrath Dr. Graf Magawly — der erstgenannten Stellung.

— Befördert: Zum Staatsrath — der Professor extraord. der Geologie und Mineralogie an der militär-medicinischen Academie Chruschtschew.

— Verstorben: 1) Am 19. November in Odessa der dortige freipracticirende Arzt M. A. Strisower in vorgerücktem Alter am Herzschlage während der Hilfeleistung bei einer Gebärenden. Als Sohn eines Arztes in Bessarabien geboren, widmete sich der Hingeschiedene ebenfalls dem Studium der Medicin an der Kiewer Universität. Nach Erlangung der Venia practicandi war St. viele Jahre Stadtarzt in Ssoroki (Bessarabien), nahm 1878 als Arzt an dem türkischen Feldzuge Theil und liess sich dann als practischer Arzt in Odessa nieder, wo er als erfahrener und tüchtiger Arzt bald eine grosse Clientel sich erwarb. — 2) In St. Petersburg Dr. S. Ljubimski, welcher seit 1875 die ärztliche Praxis ausübte und in früheren Jahren auch als Beamter beim Medicinaldepartement fungirte. — 3) In Tiflis der ältere Geschäftsführer der kaukasischen Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Kornilow, im 52. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene wurde nach Absolvirung des Cursus in der medico-chirurgischen Academie Militärarzt und war vor seiner Ernennung zum Geschäftsführer (1897) Divisionsarzt der 20. Infanterie-Division in Kutais. Im Jahre 1879 betheiligte er sich an der Unterdrückung der Pest in Wetljanka. — 4) In Paris der seiner Zeit viel beschäftigte Arzt Dr. Gruby, ein geborener Ungar, im Alter von 88 Jahren. Nach Absolvirung seiner Studien in Wien, practicirte er anfangs in Wien, um dann nach London und in den vierziger Jahren nach Paris überzusiedeln, wo er vielbesuchte Vorlesungen über experimentelle Physiologie hielt und daneben eine umfangreiche ärztliche Praxis ausübte, die ihm ein bedeutendes Vermögen eintrug. Dabei führte er das Leben eines Sonderlings, nährte sich vorzugsweise von Obst und schlief nie in einem Bette, sondern auf Fellen, die direct auf den Fussboden gebreitet waren. Man fand ihn todt in seiner grossen Wohnung, in welcher er sich gegen die Welt, zuletzt selbst gegen seinen einzigen Diener abgeschlossen aufhielt.

— Für den durch den Tod Prof. Grube's erledigten Lehrstuhl der chirurgischen Facultätsklinik in Charkow haben sich, wie das «Russ. Archiv für Pathologie» meldet, nicht weniger als 13 Bewerber gemeldet, und zwar 6 Professoren (Orlow und Podres aus Charkow, Pawlowski aus Kiew, Tauber aus Warschau, Ssalischtschew und Wedenski aus Tomsk), 4 Privatdocenten (Zeidler und Schtschegolew aus St. Petersburg, Kusnezow aus Charkow, Wolkowitsch aus Kiew) und 3 practische Aerzte (Kaner und Krassnow aus Charkow, sowie Ssabanejew, Oberarzt des Stadthospitals in Odessa).

— Die ausserordentlichen Professoren der Wiener Universität Dr. Paltauf und Dr. Obersteiner sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer für allgemeine Pathologie und pathologische Histologie, letzterer für Physiologie und Pathologie des Centralnervensystems.

— Vor Kurzem ist in Königsberg (Preussen) eine «Palaestra Albertina» eingeweiht worden — ein studentisches Clubhaus, wie es keine andere Universität besitzt. Die Idee zu dieser Gründung ist, in liebevoller Erinnerung an sein Vaterland und seine Vaterstadt, von einem früheren Königsberger Studenten, dem jetzigen practischen Arzt Dr. Friedrich Lange in New-York, im Jahre 1887 gefasst worden. Ausser der Ueberweisung des Bauplatzes hat Dr. Lange dem «Verein Palaestra Albertina», der sich zur Verwirklichung der Idee bildete, die Summe von 97,000 Mark überwiesen und ausserdem ein Capital von 250,000 Mark als Darlehen zu billigen Zinsen hergegeben. Dank rühriger Theilnahme weitester Kreise durch namhafte Beiträge konnte ein Prachtbau im Ordensstil (nach dem Muster der berühmten Marienburg) aufgeführt werden. Die «Palaestra» enthält in zwei Gebäuden das Clubhaus mit schön ausgeschmückten Vereinszimmern, Speise-, Billard- und Lesezimmern, Fechtsaal und einem grossartigen Turnsaal, sowie im Nebenbau eine Badeanstalt mit Winterschwimmbassin, Brause- und Warmbädern. Die juristische Facultät der Universität Königsberg hat dem verdienstvollen Stifetr der «Palaestra Albertina», Dr. Lange in New-York, den Grad eines Doctor juris utriusque honoris causa verliehen und diese Verleihung damit begründet, dass der ideal gesinnte Stifter, welcher auch jenseits des Oceans seine treue Anhänglichkeit an die Heimath bewährt hat, zur wesentlichen Förderung der eigentlichen Aufgabe des Juristen beigetragen habe: zum Cultus des honeste vivere und suum cuique tribuere.

— Die Lepra in den Ostseeprovinzen. Dass die Lepra in Liv- und Kurland an Ausbreitung gewinnt, davon haben, wie die «Rig. Rundschau» von zuverlässiger Seite erfährt, die diesjährigen Rekrutenaushebungen einen traurigen Beweis geliefert. Es sind nämlich viele Wehrpflichtige zum Militärdienst untauglich befunden worden, weil sie an der Lepra erkrankt waren. Besonders auffallend war es, dass die aus den Strandgegenden stammenden jungen Leute an dieser Krankheit litten. So sollen aus dem Rekrutirungscanton, zu dem auch Schlock gehört, etwa 20 junge Leute in Folge dieser Krankheit zur Loosung gar nicht erschienen sein.

— Die Pest in Ssamarkand und Indien. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Einschleppung der Pest wird bekannt gemacht, dass bis zum 18. November d. J. keine Neuerkrankungen in Ansob vorgekommen sind und in den umliegenden Ortschaften alles wohl ist. — In Indien lässt sich nur in der Präsidentschaft Bombay eine Abnahme der Seuche constatiren: es erkrankten vom 29. October bis 4. November n. St. dort 5850 Personen an der Pest und starben 4353, mithin 31 resp. 248 weniger als in der Vorwoche. In der Stadt Bombay selbst erkrankten vom 5.—9. November 58 und starben 39 Personen (gegen 92 resp. 65 in der vorhergehenden Woche). In den übrigen von der Seuche ergriffenen Bezirken wüthet dieselbe nach wie vor, namentlich in der Stadt Bangalore, wo die Einwohner die Pestleichen im See zu verheimlichen suchen. Auch auf den Goldfeldern und in der Stadt Madras sollen neuerdings einige Pestfälle vorgekommen sein.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Nov. d. J. 8064 (92 mehr als in d. Vorw.), darunter 584 Typhus — (2 mehr), 849 Syphilis — (0 wen.), 147 Scharlach — (5 mehr), 143 Diphtherie — (18 mehr), 65 Masern — (13 mehr) und 8 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. November 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
332	262	594	147	51	96	14	9	17	35	52	51	43	43	25	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 9, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 2, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. December 1898.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. December 1898.



Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, yr. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Берта Федоровна Панова, Фурштатская ул. д. 45, кв.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester Const. Schmidt, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 28 Ноября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich au die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 5. (17.) December **1898**

Bericht aus der Diphtherie-Abtheilung des Rigaschen Krankenhauses.

Von

Dr. med. Max Schmidt,

Vortrag, gehalten im Verein praktischer Aerzte zu Riga am 2. September 1898.

Vor einem Jahre habe ich in der vom Krankenhause bei Gelegenheit des 75jährigen Jubiläums des Vereins praktischer Aerzte zu Riga überreichten Festschrift einen Bericht veröffentlicht, welcher die Diphtherie-Abtheilung des Stadtkrankenhauses in dem elfjährigen Zeitraume von 1886—1896 umfasste, und habe es mir angelegen sein lassen, die Resultate zu vergleichen, welche einerseits in den ersten 9 Jahren ohne Serum und dann in den beiden letzten Jahren mit Serum erreicht worden sind. In Kürze sind dieselben folgende: Die allgemeine Mortalität betrug vor dem Serum im Durchschnitt 53,7 pCt., während des Serums 26,4 pCt. Die Mortalität der Tracheotomirten war vor dem Serum durchschnittlich 75,9 pCt., während des Serums 45,3 pCt. In den 9 Jahren vor dem Serum wurden 10,2 pCt. Larynxstenosen wieder rückgängig, in den beiden Serumjahren 32,2 pCt. Die Mortalität der nicht Tracheotomirten betrug vor dem Serum durchschnittlich 27,2 pCt., während des Serums 13,5 pCt. Aus unserem Material ging nicht hervor, dass die ganze Diphtheriebewegung in einer fallenden Curve verlief, das letzte Jahr vor dem Serum, 1894, hat wohl in Bezug auf die Mortalität der nicht Tracheotomirten ein besseres Procentverhältniss als alle vorhergehenden Jahre, nicht aber in Bezug auf allgemeine Mortalität, und die Mortalität der Tracheotomirten war die gleiche wie im Jahre 1893. Auch die Anzahl der rückgängig werdenden Stenosen ist 1894 eine sehr kleine. Da ist es denn von grossem Interesse, die weiteren Resultate der Serumbehandlung zu untersuchen, und zu dem Zwecke lege ich heute den Bericht über das nächste Jahr, 1897, vor. Wir haben im Jahre 1897 — 91 Kranke in der Abtheilung gehabt, nächst 1891, in welchem Jahre wir 100 hatten, die grösste Anzahl in diesen 12 Jahren. Von diesen 91 Kranken traten 71 mit Larynxstenosen verschiedenen Grades ein, von welchen 28, also 39,4 pCt. der Stenosen, rückgängig wurden, — gegen 10,2 pCt. im Durchschnitt vor dem Serum. Die übrigen 43 mussten tracheotomirt werden, sie repräsentiren 47,2 pCt. der Gesammtkranken, während in den Jahren vor dem Serum durchschnittlich 56 pCt. der Eingekommenen tracheotomirt werden mussten. Die Anzahl der Candidaten für Tracheotomie ist 1897 absolut und relativ die grösste in den 12 Jahren, die Anzahl der rückgängigen Stenosen ist ebenfalls absolut und relativ die grösste. Dieses Verhältniss ist ein schwankendes, im laufenden Jahre 1898 sind bisher bei weitem nicht so viele rückgängige Stenosen beobachtet worden.

Nun die Mortalität: Die allgemeine Mortalität betrug 28,5 pCt. gegen 53,7 pCt. vor dem Serum, und 26,4 pCt. in den beiden vorhergehenden Serumjahren. Die Mortalität der nicht Tracheotomirten betrug 14,6 pCt. gegen 27,2 pCt. vor dem Serum, und 13,5 pCt. während der ersten Serumjahre. Endlich die Mortalität der Tracheotomirten war 44,1 pCt. gegen 75,9 pCt. vor dem Serum, und 45,3 pCt. während der vorhergegangenen Serumjahre. Im Durchschnitt traten die Kranken am 4,6. Krankheitstage ein, ungefähr wie im Jahre vorher, und etwa 1 Tag früher als in den übrigen vorhergegangenen Jahren. Das Lebensalter war annähernd das gleiche, und ebenso wie früher musste über die Hälfte der Tracheotomirten sofort, und alle übrigen, bis auf zwei, innerhalb der ersten 24 Stunden tracheotomirt werden. Die Todesursache war bei der Mehrzahl Pneumonie, nächstdem Herztod in Folge der Infection, ebenso wie in den früheren Jahren. Auch hier hatten nur 40 pCt. der Gesammtzahl höheres Fieber, die übrigen aber subfebrile Temperaturen. Der Zeitpunct des Decanülements und die Krankheitsdauer decken sich fast genau mit den Zahlen der früheren Jahre.

Es erweist sich also, dass unsere Zahlen im dritten Serumjahre fast genau die gleichen sind wie der Durch-

schnitt der beiden vorhergegangenen Serumjahre, doch sind sie noch etwas günstiger. Von Nebenwirkungen des Serums haben wir nur Erytheme mit Fieber beobachtet, in geringerer Anzahl als in den vorhergegangenen Jahren. Einige schwere Nephritiden sind beobachtet worden, doch nicht häufiger, als sie auch sonst bei Diphtherie vorkommen. Das Gesammtbild stellt sich so dar, dass gegenüber einer recht gleichmässigen hohen, aber doch gewisse Schwankungen zeigenden Mortalität in den 9 Jahren vor dem Serum, eine Senkung der Mortalität in den 3 Serumjahren verzeichnet wird, welche für die Gesammtzahl 50 pCt., für die Tracheotomirten 30 pCt. beträgt, freilich auch mit gewissen Schwankungen nach oben und unten. Es liegt auf der Hand, dass wir mit diesen Resultaten nur durchaus zufrieden sein können, und man wird es uns nicht verdenken, dass wir entschlossen sind, auch fernerhin in jedem Falle das Serum anzuwenden, obgleich die Stimmen, welche dasselbe angreifen und welche die günstigen Erfolge blos einem Milderwerden der Epidemie zuschreiben, keineswegs verstummt sind. In erster Linie ist da Gottstein zu nennen, welcher seit Beginn der Serumperiode bis heute unentwegt die Bedeutung des Serums leugnet, und ihm eigentlich blos schädliche Eigenschaften zuspricht. Nachdem Kossel den Zahlennachweis geführt, wie ausserordentlich die Mortalität an Diphtherie in Berlin gesunken ist, indem 1896—97 in ganz Berlin blos so viele Diphtherietodesfälle stattgefunden haben, als in den besten Jahren vorher in den Berliner Krankenhäusern allein gestorben, nachdem er nachgewiesen, dass in allen deutschen Städten über 15,000 Einwohner die Mortalität seit 1894 von 106 auf 44 pro 100,000 Einwohner gesunken ist, und nachdem er die Pariser Zahlen angeführt, wo die Mortalität auf $^1/_6$ gesunken ist, giebt Gottstein diese Thatsachen zu, erklärt sie aber aus allgemein epidemiologischen Ursachen. Während Kossel seine Zahlen von 1886 an aufführt, geht Gottstein bis auf 1877 zurück und zeigt, dass ein Ansteigen der Diphtherie von 1877 bis 1886 stattfindet. Dann tritt Abfall ein bis 1891, und wieder rapider Aufstieg bis 1894. In der zweiten Hälfte 1894 beginnt dann der rapide Absturz, welcher bis jetzt continuirlich sich fortsetzt, — der rapide Abfall fällt also genau zusammen mit dem Beginn der Serumbehandlung. Eine Hauptstütze für die Ansicht von dem Abfall in Folge allgemeiner epidemiologischer Ursachen findet Gottstein in der Thatsache, dass der Typhus abdominalis seit dem Jahre 1878 ebenfalls stetig sinkende Mortalitätszahlen zeigt.

Purjerz ist ebenfalls der Ueberzeugung, dass die Epidemie milder geworden ist, als Beweis führt er an, dass in Berlin im Jahre 1897 blos etwas über die Hälfte der Diphtheriefälle angemeldet worden ist, als im Jahre 1886. Entsprechend seien denn auch die Fälle gutartiger und die relative Mortalität geringer. Wir haben im Krankenhause in den Jahren 1893 und 1894 ebenfalls eine geringere Anzahl von Kranken gehabt, die relative Mortalität ist aber dabei die gleiche geblieben. Wenn also die Extensität der Epidemie wohl in diesem Jahre abnahm, so erfuhr die Intensität der Erkrankung bei uns keine Aenderung.

Im Jahre 1896 hat Soerensen aus dem Blegdam-Hospital in Kopenhagen einen Bericht geliefert über vergleichende Reihen von Kranken derselben Epidemie, welche zum Theil mit, zum Theil ohne Serum behandelt wurden. Die beiden Reihen geben fast gleiche Resultate. Es liegt auf der Hand, dass solche Vergleiche wenig Werth haben, und Soerensen selbst giebt zu, dass Täuschungen dabei leicht möglich sind, weil man ja doch nicht bestimmen kann, welche Kranke gleich schwer befallen sind.

Professor Rose sagt in seinem Bericht aus dem Krankenhause Bethanien, dass bei zahlenmäsigem Vergleich der Erfolge in 1896 mit denen früherer Jahre, bei den leichteren nicht operirten Fällen kein Unterschied vorhanden sei, bei den Operirten aber ist das Verhältniss um 31 pCt. besser gegen den Durchschnitt von früher, also genau die gleiche Zahl wie im Rigaschen Krankenhause. Fast die gleichen Resultate berichtet Krönlein-Zürich in einem durchaus serumfreundlichen Aufsatz. Rose betont, dass in manchen scheinbar leichten Fällen, und bei Anwendung grosser Serumdosen die Entwickelung zu schweren Formen, zu descendirendem Croup, nicht vermieden werden konnte. Ueberraschender Weise kommt er, trotz der um 31 pCt. besseren Resultate bei den Tracheotomirten, zu der Conclusion, dass diese Resultate nicht dem Serum, sondern einem Milderwerden der Epidemie zuzuschreiben sind.

Professor Kassowitz-Wien hat neuerdings einen gewaltigen Angriff wider das Serum gerichtet, in einer Polemik gegen Baginsky, welcher den sehr unüberlegten Ausspruch gethan hatte; «die Diphtherie habe ihre Schrecken verloren». Seine Stützen sind die statistischen Zahlen aus Triest, St. Petersburg, London und Basel. In Triest waren 1895 die Einrichtungen sehr vollkommen, mittelst deren alle Diphtheriefälle gemeldet und sogleich der Serumbehandlung zugänglich gemacht wurden, und trotzdem betrug die Sterblichkeit mehr als doppelt so viel wie in den früheren serumfreien Jahren. In St. Petersburg ist die Sterblichkeit an Diphtherie von 1892—1897 eine ansteigende, und zwar in dem Masse, dass 1897 die 5fache Anzahl gegen 1892 gestorben ist. Freilich ist unbekannt, wie viele gespritzt wurden. In London sind die absoluten Todeszahlen nicht verändert, in Basel sind die absoluten Zahlen schlechter. Leider ist von diesen Orten, mit Ausnahme von Basel, nichts über die Morbidität gesagt, so dass man nicht weiss, wie die relativen Zahlen lauten. Jedenfalls widersprechen diese Zahlen strict der Annahme eines Milderwerdens der Epidemie. Gegen die Deutung der Baseler Zahlen hat Tavel protestirt und gesagt, die relative Mortalität sei geringer gewesen als früher, wogegen dann Kassowitz wieder einwendet, die relative Mortalität müsse gering sein, weil in Basel seit dem Serum Alles, was irgend halskrank sei, als Diphtherie verrechnet werde.

Dieses sind im Wesentlichen die Serumgegner mit ihren Argumenten. ihnen gegenüber steht eine überwiegende Anzahl von Serumfreunden. Moritz Schmidt aus Frankfurt sagte jüngst in seiner Eröffnungsrede zum Congress für innere Medicin, dass nur wenige inselförmige Bezirke Deutschlands noch in Opposition stehen, und in der That hat das Serum sich wohl in allen Krankenhäusern und Kliniken Heimathsrecht erworben. Die Opposition führt den Kampf mit allgemein statistischen Zahlen, nicht etwa mit Zahlen, die besser controllirbar und abwägbar sind, speciell solchen aus Krankenhäusern und Kliniken. Ich meine, man kann sagen, dass es im Wesentlichen eine Opposition vom grünen Tisch aus ist, nicht von Männern, die täglich im persönlichen Kampfe mit dem Feinde stehen. Aber natürlich darf man auch diese Zahlen nicht todtschweigen, sondern muss sich mit ihnen irgendwie auseinandersetzen. Da übereinstimmend aus Kliniken und Krankenhäusern von günstigen Wirkungen berichtet wird, so steht man vor einem Räthsel, wenn gleichzeitig aus Triest und St. Petersburg ein grosses Sterben berichtet wird, und in London die Mortalität sich nicht gebessert hat. Wie Baginsky anführt, hat eine Enquête des «Lancet» ergeben, dass in Eng-



land die erste Zeit minderwerthiges Serum angewandt worden sei, in Russland will Baginsky selbst ein Serum angetroffen haben, welches nur die Hälfte des angegebenen Antitoxinwerthes besessen habe. Wie es in Triest damit beschaffen gewesen, weiss Baginsky nicht. Aber diese Einwände scheinen mir nicht ganz stichhaltig zu sein, der wirkliche Grund muss anderswo liegen. Am wahrscheinlichsten scheint es mir, vorausgesetzt, dass die angeführten statistischen Zahlen richtig sind, dass es sich um Diphtherie verschiedenen Charakters handeln kann, dass bei gewissen Epidemien nicht die Löffler'schen Bacillen, sondern die eventuellen begleitenden Krankheitserreger die Hauptrolle spielen mögen. Das ist natürlich blos eine Hypothese, aber man hat doch das Bedürfniss, sich die Sache so zurechtzulegen, dass man die widersprechenden Thatsachen vereinigen kann. Mir würde scheinen, dass es practisch wäre, in Zukunft in erster Linie die Tracheotomirten als Vergleichsobject heranzuziehen für die Resultate vor und während des Serums. Dann würde wenigstens der Einwand wegfallen, welcher zu beständigem Streit führt, dass die procentuale Mortalität künstlich verbessert wird, indem Alles, was halskrank ist, mitgezählt wird. Die Tracheotomirten sind Alle jedenfalls als Diphtheriekranke, und zwar als schwere Diphtheriekranke zu betrachten, und wenn ich jetzt wieder sehe, dass im Jahre 1897 20 pCt. der Tracheotomirten mehr genesen ist, als im besten Jahre vor dem Serum, dann steht es für mich fest, dass ich diese Behandlung weiter fortsetzen muss. Sollte das Verhältniss sich wieder ändern, sollte die Mortalität wieder steigen und andauernd wieder die frühere Höhe erreichen, dann könnte man es verantworten, die Serumbehandlung wieder fallen zu lassen. So lange die Thatsachen in den Krankenhäusern, wo doch die sichersten grossen Zahlen gewonnen werden, in dieser Weise für das Serum sprechen, darf doch Niemand, der seine Kranken als zu heilende in Lebensgefahr befindliche Menschen betrachtet, dieselben zu Objecten von Experimenten machen.

Nachschrift.

Die soeben ausgegebene September-Nummer der «Therapeutischen Monatshefte» bringt die Arbeit eines Berufsstatistikers Körösy «Zur Serumstatistik». Derselbe führt aus, dass die Gegner des Serums, genau wie dereinst die Gegner der Vaccination, für ihre Ansicht nur den indirecten Beweis führen auf Grundlage der absoluten Sterblichkeit, während die Krankenhäuser den viel werthvolleren directen Beweis aus der Beobachtung am Krankenbette ableiten. Die gravirendsten Zahlen aus dem Angriff von Kassowitz, diejenigen aus Triest, werden durch den Bericht des Triester Oberphysicus Constantini ihrer Beweiskraft entkleidet, indem er berichtet, dass in der incriminirten Zeit, in den Jahren 1894—1897 in Triest von den Serumbehandelten durchschnittlich 14 pCt. gestorben, von den ohne Serum Behandelten durchschnittlich 35 pCt. gestorben sind. Es hat sich also um eine ungewöhnlich ausgebreitete Epidemie gehandelt, und dadurch erklären sich die hohen absoluten Mortalitätszahlen. Die Londoner Zahlen werden auch geprüft und es erweist sich, dass durch dieselben die Kassowitz'sche Beweisführung keineswegs gestützt wird.

M. S.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Krankheiten des Mundes von J. Mikulicz und W. Kümmel mit Beiträgen von A. Czerny und J. Schaeffer. Mit 2 lithogr. Tafeln und 62 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gust. Fischer. 1898.

Trotz der grössten Bedeutung der Krankheiten der Mundhöhle wird dieses Gebiet der speciellen Pathologie heute wohl in der Praxis wie im Unterricht meist arg vernachlässigt. Der Grund davon mag hauptsächlich darin liegen, dass die Krankheiten der Mundhöhle in die verschiedensten Specialgebiete der Medicin fallen, so dass keiner der Vertreter derselben das ganze Gebiet vollkommen beherrscht. Der hervorragende Werth des vorliegenden Buches liegt endlich darin, dass es das Werk mehrerer, auf verschiedenen Gebieten bewanderter Fachleute ist. Der berühmte Chirurg Mikulicz, der Rhino-Laryngolog Kümmel, der wohlbekannte Paediater Czerny und Dermatolog Schaeffer haben an der Bearbeitung desselben theilgenommen und die einzelnen Abschnitte desselben in musterhafter Weise dargestellt. Im allgemeinen Theile haben die Anatomie, die Untersuchungsmethoden der Mundhöhle, sowie die allgemeine Symptomatologie und Therapie der Munderkrankungen eine kurze Besprechung gefunden. Im ersten Abschnitte des speciellen Theiles werden die Betheiligung des Mundes bei Affectionen des Gesammtorganismus, seine traumatischen, entzündlichen und anderweitigen Erkrankungen ohne besondere Localisation abgehandelt. Es folgen darauf in den weiteren Abschnitten die Erkrankungen der Zunge, des Mundbodens, des Zahnfleisches, der Lippen und Wangen, die gut- und bösartigen Geschwülste und die Mundkrankheiten bei Kindern. Im Anhange finden wir eine Reihe von Recepten zur Pflege des gesunden und kranken Mundes. Man ersieht aus diesem kurzen Inhaltsverzeichniss, dass alle Erkrankungen der Mundhöhle, die ausserdem noch durch zahlreiche, theils farbige Abbildungen illustrirt werden, berücksichtigt worden sind. Wir können daher unsere Ueberzeugung aussprechen, dass das Werk jedem Arzte sehr willkommen sein wird une grosse Verbreitung finden wird; es ist wohl das beste, was wir heutzutage auf diesem Gebiete besitzen.

Sacher.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte

642. Sitzung am 12. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Moritz. — Secretär: Herr Heuking.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstrirt Herr Tiling ein wegen Ileus circulär resecirtes Darmstück. (cf. Vortrag des Herrn Tiling vom 24. April.)

1. Herr Hellat spricht: «Ueber die Stellung des Kehlkopfes beim Singen».

Der Kehlkopf verändert seine Lage bei allen Functionen der Halsorgane. Die Bewegungen desselben können vom 2. bis zum 5. oder gar 6. Halswirbel ausgedehnt werden. Auch beim Singen und Sprechen ist eine Lagenveränderung des Organs willkürlich und unwillkürlich möglich. Die willkürliche Bewegungsmöglichkeit beim Singen wurde bisher von den Physiologen negirt oder mindestens nicht beachtet. Trotz des grossen Einflusses der jeweiligen Lage des Kehlkopfes auf die Functionen desselben, d. h. auf die Stimme, wurde diese Frage sogar bei den Gesangeslehrern bis auf die letzte Zeit wenig berücksichtigt.

Nachdem Hellat am eigenen Kehlkopfe die Wahrnehmung gemacht hatte, dass sowohl der Timbre wie auch der Umfang durch die Kehlkopfstellung (je nachdem derselbe hoch oder tief steht) bedeutenden Veränderungen unterworfen ist, hat er viele hervorragende Sänger in Bezug auf diese Frage untersucht. Dabei kam er zu folgenden Schlüssen:

1) Die Natursänger singen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, mit veränderlichem Kehlkopfe nach der Merkel-schen Formel. Je höher der Ton, desto höher steigt der Kehlkopf, und umgekehrt.

2) Eine grosse Anzahl von geschulten Sängern singt ebenso; hervorragende Leistungen liessen sich bei ihnen nicht constatiren.

3) Viele Sänger singen eine gewisse Reihe von Tönen mit feststehendem Kehlkopfe. Zu heben beginnt derselbe sich erst bei den Kopftönen. Zu dieser Gruppe gehören von den guten Stimmen unter den von H. untersuchten die höchsten Frauenstimmen, die Coloratursopranos. Schöne Männerstimmen hat H. in dieser Gruppe nicht beobachtet.

4) Die besten Männer- und Frauenstimmen, abgesehen von den Coloratursängerinnen, gehören zu denen, welche mit tiefstehendem und festem Kehlkopfe singen.

Der Kehlkopf fällt bei ihnen beim Ansatz der ersten Note um 1—2 Cm. und bleibt in dieser Stellung unbeweglich während der ganzen zum Singen bestimmten Phase. Unterbrochen wird diese Lage nur durch gewisse Consonanten, welche bei gehobenem Kehlkopfe aussprechbar sind.

Den Grund dieser günstigen Einwirkung der Tiefstellung sieht H. in der Verlängerung und Erweiterung der Pharynxhöhle, welche proportional der Senkung des Kehlkopfes gehen, d. h. in der Hebung der Resonanz. Dann in der geringeren Belastung des Kehlkopfes in der Tiefstellung durch die äussere Bedeckung, wodurch die Muskel vollständig freie Actionsmöglichkeit gewinnen. Endlich in der Verkürzung des Trachealrohres, welche die Resonanz der Lunge und die Athmung begünstigt.

Die scheinbare Sonderstellung der Coloraturstimmen lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass bei denselben die Proportion zwischen dem Kehlkopfe speciell den Stimmbändern und den Resonanzhöhlen eine andere ist. Dass wirkliche Unterschiede in dieser Hinsicht und auch in der Lagerung des Kehlkopfes vorkommen, hat H. wiederholt beobachtet.

Die Tieflage des Kehlkopfes wird bei allen Sängern, wie erwähnt, während der Aussprache vieler Consonanten, namentlich «K» und «G», gestört. Das häufige Vorhandensein dieser Consonanten in den für das Singen bestimmten Phrasen ist daher für die Stimme verhängnissvoll. Sie werden instinktiv von den Sängern gemieden, indem namentlich solche Sprachen zum Singen gewählt werden, welchen eine relative Armuth an genannten Consonanten characteristisch ist.

Der Vorzug, den die italienische Sprache für den Gesang besitzt, ist daher nicht sowohl durch den Vocalreichthum, wie üblich angenommen wird, als vielmehr durch den bedeutend geringeren Procentsatz der nichtsanglichen Consonanten zu erklären.

(Autoreferat.)

Herr Lunin äussert seine Befriedigung darüber, dass ein Laryngologe, der theorotisch und practisch mit der Gesangeskunst vertraut ist, sich an die Untersuchung der Stellung des Kehlkopfes bei den verschiedenen Gesangsmethoden gemacht habe. Lunin hat seinerzeit auch Studien in dieser Richtung angestellt, ohne jedoch zu endgiltigen Resultaten gelangt zu sein. Er möchte der sogen. italienischen Methode mit relativ feststehendem Kehlkopfe im Allgemeinen den Vorzug einer leichten Stimmbildung zuerkennen; doch wäre mit Rücksicht darauf, dass es individuelle Verschiedenheiten im Bau des Kehlkopfes und in der Gestaltung der Resonanzverhältnisse im Nasenrachenraum giebt, zuzugeben, dass unter Umständen eine der übrigen Methoden vorzuziehen sei.

2. Herr Fick berichtet über «2 Fälle von Strangulationsileus» aus dem deutschen Alexanderhospital.

I. Schuldiener 52 a. n. erkrankte am 16. März, 6 Uhr Abends, plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leibe nach einem normalen Stuhl. Ricinus wird erbrochen. Absolute Koth- und Gassperre. Patient wird Nachts ins Hospital aufgenommen. Temp. 35,6, Puls 60. Ord. Morphium subcutan. Eisbeutel.

Am 17. März Temp. 37.5. Puls 60. Pat. sieht etwas besser aus. Abdomen unregelmässig aufgetrieben. Zwerchfellstand rechts: unterer Rand der 4. Rippe, links: oberer Rand der 5. Leberdämpfung schmal. In der Ileocoecalgegend peristaltische Bewegungen. Parallel dem linken Rippenbogen zwei durch eine seichte Furche von einander getrennte Wülste, die ihre Stellung nicht verändern. Ein ähnlicher, weniger scharf begrenzter Wulst zeichnet sich rechts unter dem Rippenbogen durch die Bauchdecken ab. Entsprechend diesen Vorwölbungen palpatorisch deutlich vermehrte Resistenz. Abdomen kaum druckempfindlich. Erbrechen grünlicher nicht fäculenter Massen. Klinische Diagnose: Strangulationsileus im Bereiche des Dünndarms.

17. März. Chloroformnarkose: Schnitt in der Linea alba. Im Abdomen reichliche Mengen klarer sanguinulenter Flüssigkeit. In der Oberbauchgegend mehrere stark geblähte, lividroth gefärbte Dünndarmschlingen, die in ihrer Lage den durch die Bauchdecken nachweisbaren Vorwölbungen entsprechen. Die übrigen Dünndarmschlingen kaum verfärbt, jedoch meteoristisch ziemlich stark gebläht. Peritoneum spiegelnd. Die längs der Mesenterialplatte in die Tiefe gleitende Hand gelangt nicht bis an die Wirbelsäule, sondern findet ein Hinderniss an einer Falte der Radix mesenterii. Diese erweist sich als gedreht in der Richtung des Uhrzeigers. Es liegt eine Drehung des gesammten Dünndarms vor, doch nur ein Theil desselben ist wirklich strangulirt. Rückdrehung — der strangulirten Schlingen um mehr als 180°, der übrigen um etwa 90° — gelingt erst nach Eventration des ganzen Dünndarms. Die strangulirten Schlingen nehmen alsbald normale Färbung an, die Falte an der Radix mesenterii ist ausgeglichen. Die Reposition des Darmes kann erst bewerkstelligt werden, nachdem an zwei Stellen durch Einschnitt reichlich Gas entleert wurde. Etagennaht der Bauchwand. Verband.

Postoperativer Verlauf glatt. Stuhl am 2. Tage. Vorübergehende Blasenstörungen, Ol. ricini vom zweiten Tage an. Am 10. Tage Entfernung der Nähte. Am 13. April geheilt entlassen.

II. Kaufmann 62 a. n. Erkrankt am Morgen des 3. April plötzlich mit sehr heftigen Schmerzen im Leibe. Ricinus wird erbrochen. Gegen Abend starke Verschlimmerung, Erbrechen fäculent, Collaps.

Am 4. April Morgens Aufnahme ins Hospital. Patient ist hochgradig collabirt. Puls 110, sehr klein, oft kaum zu fühlen. Leichte Cyanose. Oberbauchgegend mässig aufgetrieben. In der Höhe des Nabels eine flache Einsenkung. Unterhalb des Nabels ist das Abdomen kugelig vorgewölbt. Hier ist durch Palpation vermehrte Residenz nachweisbar. In den abhängigen Partien des Abdomen vollständige Dämpfung, deren Grenzen sich bei Lagewechsel verschieben. Das Abdomen ist wenig druckempfindlich. Koth- und Gassperre, fäculentes Erbrechen, häufiger Singultus.

Klin. Diagnose: Innere Incarceration, wahrscheinlich im Bereiche des Dünndarms. Flüssigkeit im Abdomen.

Chloroformnarkose. Schnitt in der Linea alba unter dem Nabel. Im Abdomen sehr reichliche Mengen stark sanguinulenter Flüssigkeit. Entsprechend der Vorwölbung unter dem Nabel findet sich ein Convolut blauschwarz verfärbter Dünndarmschlingen mit hochgradig geschwelltem und suggillirtem Mesenterium. Die Incarceration ist bedingt durch einen Netzstrang von ca. Federkieldicke, der sich in Nabelhöhe vom Netz ablöst, links um das Mesenterium der incarcerirten Darmschlingen herumzieht und sich dann nach rechts in die ileocoecalgegend wendet und sich hier wieder mit der Hauptmasse des Netzes vereinigt. Unterbindung und Durchtrennung dieses Stranges löst die Incarceration. Resection der gangränösen Darmpartien von 1 Meter 22 Cm. Länge. Circuläre Darmnaht, Naht des Mesenterialschlitzes. Tamponade der Bauchhöhle, partielle Naht der Bauchwand. Verband. Nach der Operation Collaps geringer, Puls deutlich fühlbar. Verband rasch durchtränkt. Ord. Opium. Subcutane Campher- und Moschusinjectionen.

Am 5. April. Collaps nimmt zu. Erbrechen zersetzter blutiger Massen. Puls 110—130. Abdomen weich, nicht aufgetrieben, kaum druckempfindlich.

6. April: Herzschwäche, Lungenödem, Exitus letalis.

Section. Im Abdomen keine Flüssigkeit. Peritoneum überall spiegelnd, ohne Beläge. In der Nachbarschaft der Tampons lockere Verklebungen. Darmnaht dicht. Im Dünndarm grosse Mengen zersetzten Blutes. Mässiger Meteorismus. Colon collabirt.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht Vortragender die Ursachen für das gelegentliche Fehlen des Wahl'schen Symptoms bei Strangulationsileus. In dem zweiten besprochenen Falle, wo der locale Meteorismus nicht deutlich nachweisbar war, mag die reichliche Flüssigkeitsmenge im Abdomen, combinirt mit ungewöhnlicher Kürze des Mesenteriums die Ursache dafür abgegeben haben.

Zum Schluss weist Vortr. auf den Ileus paralyticus als Folgezustand innerer Incarcerationen hin. Derselbe sei im zweiten Falle für den ungünstigen Ausgang verantwortlich zu machen, da eine Peritonitis nicht vorlag. Das schädigende Moment sei in der Stagnation der zersetzten blutigen Massen im Darme zu suchen. Unter solchen Umständen verdienten die neuerdings von Haidenhain zur Behandlung des Ileus gemachten Vorschläge, besonders die Darreichung von Abführmitteln post operationem, Nachahmung. Zu beachten sei überhaupt die in letzter Zeit immer schärfer hervortretende Reaction gegen die Nachbehandlung der Laparotomirten mit Opium.

Autoreferat.

Herr Dobbert bemerkt, dass er seit zwei Jahren seinen Laparotomirten kein Opium mehr verabreicht und zu der Ueberzeugung gelangt ist, dass die vielfach noch üblichen Opiumgaben keinen Zweck haben. Wenigstens möchte er dies für die gynäkologische Praxis behaupten. Die Chirurgen freilich, die ihren operativen Eingriff häufig genug gerade gegen den kranken Darm richten, werden das Opium zur Ruhigstellung des Darms wohl kaum entbehren können.

Herr Wanach weist darauf hin, dass in England schon seit längerer Zeit Abführmittel statt des Opiums nach Operationen an der Bauchhöhle gegeben werden — Mc Cosh ist sogar so weit gegangen, während der Operation durch eine Punctionsöffnung im Darm eine Glaubersalzlösung zu injiciren. Eine Entleerung des Darmes von den in ihm angesammelten, oft erstaunlich grossen Exsudationsmassen ist jedenfalls anzustreben, während eine Opiumbehandlung des bereits paretischen oder dem paretischen Zustande nahen Darmes nicht als rationell bezeichnet werden kann. — Mit Rücksicht auf den überfüllten und in seinem Resorptionsvermögen schwer geschädigten Darm der Ileuskranken lässt Wanach die Kranken auch nichts per os zu sich nehmen, sondern führt ihnen bei bestehendem starkem Durste, lieber Flüssigkeiten auf dem Wege der subcutanen Infusion zu. Von der Magenspülung hat Wanach nur gute Erfolge gesehen; eine gefahrdrohende Schwächung der Herzaction hat er nach Appli-





cation der Magensonde nicht beobachtet; im Gegentheil, das Herz kräftigte sich nach der Spülung, die Brechneigung und die übrigen quälenden subjectiven Erscheinungen gingen zurück und der aufgetriebene Bauch wurde auch meist weicher.

Herr Ukke referirt über die Experimente, welche Maklezow (cf. «Wratsch» 1897, Nr. 10) an Hunden, denen künstlich Darmocclusion hergestellt wurde, ausgeführt hat. Es ergab sich, dass die paretische Darmwand jener Hunde, die Opiumgaben erhielten, für Bacillen durchgängig wurde, während sie den Bacillen den Durchtritt in die Bauchhöhle verwehrte, falls die Thiere mittelst Oleum ricini energisch abgeführt wurden.

Herr Tiling hat bis vor Kurzem noch speciell nach Laparotomien wegen Ileus Opium einnehmen lassen; in letzter Zeit ist er von dieser Regel wohl mitunter abgewichen, möchte aber immerhin Opium in all den Fällen angewandt wissen, wo eine wenn auch nur begrenzte peritonitische Reizung bereits factisch vorliegt oder auch nur anzunehmen und zu erwarten sei. — Ebenso hält er auch fest an der Darreichung des Opiums vor der Operation.

3. Herr Westphalen hält einen Vortrag über «gastrische Krisen bei Tabes und periodisches neurotisches Erbrechen».

Gastrische Krisen kennzeichnen sich durch periodisch sich wiederholende Anfälle von schmerzhaftem Erbrechen. Jedoch kann es vorkommen, dass die Schmerzen besonders intensiv sind und das Erbrechen vollkommen zurücktritt (Leyden), während auch das Umgekehrte der Fall sein kann, dass das Erbrechen dominirt und die Schmerzen so gut wie vollständig fehlen (Hirt, Boas). Die Schmerzen localisiren sich vorzugsweise im Rücken und Epigastrium und strahlen meist nach oben aus. Bei dem Erbrechen werden zuerst Speisen, später reiner nur mit Schleim vermischter Magensaft entleert. Anfangs enthält das Erbrochene viel HCl, später fehlt fehlt dieselbe, es scheint gewissermassen eine Erschöpfung in der Salzsäuresecretion einzutreten (v. Noorden), was um so verständlicher ist, wenn man berücksichtigt, dass alles Genossene gleich erbrochen wird, mithin ein Deficit an HCl bildendem Chlor im Organismus eintreten muss, was sich auch durch das relative Fehlen der Chloride im Urin bei einer länger dauernden Krise bemerkbar macht. Characteristisch ist der plötzliche Uebergang aus dem während der Dauer einer Krise vorhandenen Gequältsein in völlige Euphorie. — Weitere mehr oder weniger inconstante Symptome der Krisen sind: Beimischung von Blut zum Erbrochenen, was gar nicht selten zu sein scheint und leicht die Verwechselung mit Ulcus veranlassen kann, Kopfschmerzen, sehr oft lancinirende Schmerzen der Extremitäten, Singultus, Acetongeruch der Exspirationsluft, was wohl auf den Kohlehydrathunger der Pat. während des Anfalles zu beziehen ist, eingefallener Leib, contrahirte Darmschlingen, wenig reichlicher concentrirter, an Phosphaten reicher Urin.

Dauer der Krisen — zwischen einigen Stunden und, allerdings mit Intermissionen, vielen Monaten. (Buzzardi beschreibt einen Fall von 9 Monate langer Dauer.) Zwischen den Paroxysmen besteht vollkommene Euphorie, und erholen sich die Pat. rasch von ihrem Anfall und nehmen schnell an Körpergewicht zu.

Differentiell diagnostisch kommen in Betracht: zunächst verschiedene organische Krankheiten: Gallenstein-, Nierensteinkolik, Einklemmung beweglicher Nieren oder eines retroflectirten Uterus, Peritonitis, namentlich aber Ulcus ventriculi, besonders wenn während einer Krise Blut im Erbrochenen gefunden wird. Hierbei muss daran erinnert werden, dass das Ulcus eine exquisit anatomische Erkrankung des Magens darstellt und infolgedessen ein continuirlicher Krankheitsverlauf und eine stricte Abhängigkeit der Beschwerden von der Nahrungsaufnahme darbietet. Solche Kennzeichen fehlen absolut im Verlaufe der Tabeskrisen.

Viel schwieriger ist die Unterscheidung einer echten Krise bei Tabes und den übrigen Formen neurotischen periodischen Erbrechens.

In differentiell diagnostischer Beziehung kämen hierbei in Betracht:

1. Eine ganz bestimmte und anscheinend gar nicht selten vorkommende Form des hysterischen Erbrechens. Aeusserlich betrachtet gleicht diese Form des Erbrechens mit den sie begleitenden Symptomen vollkommen dem Erbrechen während einer Krise Jedoch muss auf folgende Unterscheidungsmerkmale hingewiesen werden:

a) Bei dem hysterischen Erbrechen besteht luftiges Aufstossen (Eructatio nervosa) oder ist wenigstens dem Erbrechen vorangegangen. Dieses Aufstossen und das Erbrechen müssen aufgefasst werden als ein Mittel, dessen sich der Pat. gewissermassen bedient, um ein lästiges, globusartiges Gefühl hinter dem Sternum oder im Epigastrium zu entfernen. Es erscheint mithin hier das Erbrechen als das secundäre, der Globus als das primäre, das essentielle.

b) Oft gelingt es, ein psychisches, ätiologisches Moment (Unannehmlichkeiten nahe bei einer Mahlzeit, Genuss widerlich schmeckender Arzeneien etc.) nachzuweisen.

In 3 Fällen sah Ref. typisches hysterisches Erbrechen auftreten nach einer Chloroformirung intra partum (NB. nicht zu verwechseln mit dem gewöhnlichen Erbrechen nach Chloroformirungen). Schliesslich scheinen vorangegangene Krankheiten vielleicht in Verbindung mit anderweitigen psychischen Affecten im Stande zu sein, hysterischen Vomitus zu bewirken.

c) Der objective Nachweis der hysterischen Allgemeinerkrankung der Pat.

d) Effect der (Suggestions)Therapie. Gastrische Krisen trotzen absolut jeder Behandlung. Sehr schwer kann natürlich die Entscheidung der in Rede stehenden Zustände dort sein, wo sich Tabeskrisen mit Hysterie combiniren.

2. Anfälle periodischer Hypersecretion des Magensaftes (Gastrosuccorrhoe), wie solche oft im Anschluss an eine Indigestion oder ganz sicher auch infolge psychischer Reizaffecte bei an chronischer Hypersecretion und Hyperacidität leidenden Patienten vorzukommen pflegen. Solche Anfälle kennzeichnen sich dadurch, dass die Beschwerden, speciell die Schmerzen, stets an das Vorhandensein übersauren Magensaftes im Magen gebunden sind und stets gelindert werden, sei es durch das Erbrechen oder Momente, welche den Mageninhalt weniger sauer machen (Verdünnung desselben durch eingeführte Nahrung oder Neutralisirung desselben durch Alkalien oder Albuminate (hartgesottene Eier). Schliesslich muss daran erinnert werden, dass die Schmerzanfälle und das Erbrechen bei den periodischen Gastrosuccorrhöen merkwürdigerweise des Nachts zwischen 2—5 Uhr zu erfolgen pflegen.

Alles Erwähnte trifft bei den sogen. gastrischen Krisen absolut nicht zu.

3. Gastroxynsis ventriculi nervosa. Unter diesem Namen beschrieb Rossbach Zustände von Erbrechen übersalzsauren Magensaftes in Verbindung mit migräneartigen Kopfschmerzen im Anschlusse an geistige Ueberarbeitung. Solche Zustände scheinen sehr selten zu sein. (Ref. hat nur einen vielleicht in diese Gruppe hineingehörenden Fall gesehen.) Da verhältnissmässig wenige Mittheilungen über diese Krankheit erschienen sind, so dürfte es gerechtfertigt erscheinen, wenn Riegel die Gastroxynsis zu den Hypersecretionszuständen rechnet, andere (Moebius) dieselbe wiederum dem Symptomenbilde der Hemicranie einreihen.

4. Leyden's periodisches idiopathisches Erbrechen.

Unter diesem Namen beschrieb v. Leyden ein Krankheitsbild, von dem er sagt, dass dasselbe vollständig den gastrischen Krisen bei Tabes gleiche, aber auch bei Nichttabetikern vorkomme. Es erscheint nicht unmöglich, dass v. Leyden hierbei thatsächlich gastrische Krisen vor sich gehabt hat, da solche allen übrigen Tabessymptomen vorauszugehen pflegen. So beschreibt v. Leyden selbst einen Fall, bei welchem er die Diagnose «idiopathisches periodisches Erbrechen» gestellt hatte und der später tabetisch wurde. Ferner finden sich unter den Krankengeschichten v. Leyden's in seiner erwähnten Mittheilung die Angaben, dass während des Erbrechens lancirende Schmerzen bestanden, in dem anderen Falle Gürtelgefühl, später blitzartige Schmerzen in den Armen und Beinen, ein dritter Fall litt an luetischen Kopfschmerzen und Strabismus. Wieder andere seiner Fälle dürften eher in die Gruppe der periodischen Hypersecretion zu rechnen sein. Thatsächlich finden wir auch bei Fleiner, dass dieser in seinem Lehrbuche der Magenkrankheiten das idiopathische Erbrechen v. Leyden's vom Gesammtgesichtspuncte des neurotischen Erbrechens überhaupt abhandelt.

5. Das juvenile Erbrechen (Boas), welches namentlich bei den durch den Schulbesuch übermüdeten Kindern auftreten soll, sich durch Kopfschmerzen, Cardialgien, Pulsverlangsamung und Pupillenerweiterung kundgeben und mit Abschluss des Schulbesuches schwinden soll.

6. Das, wenn man dasselbe so nennen darf, infantile Erbrechen.

Ref. hat dasselbe bei drei 3—4jährigen Kindern gesehen. Alle 3 Fälle, welche neurotischen Eltern entstammten, litten an periodisch wiederkehrendem Erbrechen von einigen Tagen Dauer, welches mit einer Hypersecretion und Hyperacidität verbunden war und einen equisit neurotischen Character zeigte. Merkwürdigerweise wurde in allen 3 Fällen das Erbrechen stets durch den Abgang schleimiger Massen aus dem Darme eingeleitet. 2 der Fälle betrafen ein Geschwisterpaar (Zwillinge). Nähere Angaben in der Literatur über diese räthselhafte Krankheit scheinen, soweit Ref. bekannt, nicht vorzuliegen.

Ueber die Beziehungen der gastrischen Krisen zu anderen Krankheiten liegen sehr einander widersprechende Angaben

vor. Bekannt und namentlich von Charcot betont ist es, dass gastrische Krisen zu den Frühsymptomen der Tabes gehören. Daneben sah Charcot sie vorkommen bei der disseminirten Hirn- und Rückenmarksklerose und der progressiven Hirnparalyse, Oser bei der Compressionsmyelitis, von Leyden bei der subacuten Myelitis.

Als Krisen bezeichnet Reymond das Erbrechen beim Morb. Basedowii, Strübing beim angioneurotischen Oedem. Debove und Fleiner sprechen von gastrischen Krisen bei Hysterie und Neurasthenie. Nur in allerletzter Zeit mehren sich die Stimmen (Einhorn, Johnson), welche in den gastrischen Krisen das erste Symptom einer Tabes erblicken, und zwar ein Symptom, welches allen andern Zeichen der Hinterstrangsklerose (auch der diffusen Hirnsklerose) vorangeht. Ref. muss sich auf Grund seiner Krankengeschichten zu derselben Ansicht bekennen und glaubt, dass dort, wo wirklich richtige gastrische Krisen diagnosticirt werden können, auch stets an die Möglichkeit eines spätern Manifestwerdens einer noch occulten Tabes oder progressiven Paralyse oder einer anderen chronischen Erkrankung der Organe des Centralnervensystems zu denken ist.

Wenn Ref. von den Fällen abstrahirt, wo gastrische Krisen bei manifester Tabes von ihm beobachtet worden, so glaubt er, in den folgenden Fällen die Diagnose auf Crises gastriques haben stellen zu können.

1) K. 30 a. Vor Jahren Lues. Vor 6 Monaten Augenmuskellähmung, die unter Jodkali und Galvanisation gebessert wurde, seit einiger Zeit periodische Gastralgien und Erbrechen von 5—7 Tage Dauer. Dazwischen völliges Wohlbefinden. Reflexe erhöht. Keine sonstigen Tabessymptome.

2) H. 43. Lues geleugnet, Pat. tritt in einem Anfalle gastrischer Krisen in das Alexander-Hospital. Die Krise soll in Verbindung mit Kopfschmerzen nach einem Kopftrauma entstanden sein. Vor 4 Jahrer ähnliches Erbrechen und Gastralgien ohne jede Veranlassung. Dauer der Krise einige Tage, darauf völliges Wohlbefinden. Uebrige Symptome: fast völliger Mangel der Lichtreaction der Pupillen, linke Pupille weiter als die rechte, schiessende Schmerzen in den Beinen, sehr träge Patellarreflexe.

3) R. 23 J. alt. Lues? Ulcus penis zugegeben. Seit ½ J. periodisch wiederkehrendes Erbrechen mit starken Schmerzen. Wohlbefinden in der anfallsfreien Zeit. Linke Pupille sehr weit, reactionslos. Differenz blieb auch bestehen, als Pat. nach der c. 2 Monate dauernden Krise aus dem Hospital entlassen wurde. Patellarreflexe normal.

4) J. 26. Vor 3 J. angeblich Ulcus molle. Typische Krisen. Rechts Pupille (zeitweise und zwar vorzugsweise) weiter als die linke, reagirt träge auf Licht. Vorübergehend lancinirende Schmerzen der Beine, Patellarreflexe gesteigert, Blase normal.

5) Sp. 37. Vor 15 J. Lues. Zeitweise Krisen, Keine Ataxie. Patellarreflexe stark gesteigert. Andauernde (1½ J. ist Pat. in Beobachtung) Erweiterung und Parese der rechten Pupille. Von Zeit zu Zeit lancinirende Schmerzen der Beine. Vorübergehend Blasenstörung mit 850 Ccm. Residualharn. Potenz normal. Spontanes Ausfallen der Zähne.

6) (Aus der Praxis des Dr. Masing). N. 35. a. n. Vor 16 Jahren Ulcus penis, später Chorioiditis syphilitica. Von Zeit zu Zeit periodisches Erbrechen mit Schmerzen, in der Zwischenzeit gesund. Keine objectiven Tabeszeichen.

7) Z. ca. 53. a. n. Niemals Lues. Pat. starb an einem apoplectiformen Anfalle während einer typischen progressiven Paralyse. 6 J. vor Manifestation derselben periodisches Erbrechen vom Typus gastrischer Krisen.

8) Sch. 25 a. n. Der Mann der Pat. acquirirte mit 18 J. Lues, z. Zeit impotent und tabetisch. Pat. selbst schwere Hysterica (hyster. Gaumensegellähmung, hystero-epileptische Anfälle. Anästhetische Zonen etc.). Daneben alle 10—15 Tagen schwere Anfälle gastrischer Krisen von 4—5 Tagen Dauer. In der Zwischenzeit gesund. Keine Ataxie, kein Romberg, Doppelsehn. Patellarreflexe beiderseits herabgesetzt, lancirende Schmerzen der Beine. Als Ref. Pat. 4½ Jahre darauf wiedersah, zeigte dieselbe eine typische Tabes: Atactischer Gang, Rombergs Symptom. Völliges Erloschensein der Patellarreflexe. Krisen kommen auch jetzt noch vor, wenn auch selten.

(Autoreferat).

Mittheilungen
aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 6. Mai 1898.

1. Dr. Thilo: Ueber Kraftmessung zu ärztlichen Zwecken. Unter Demonstration einiger Apparate und Referirung von Krankengeschichten betont Vortr. die Wichtigkeit einer exacten Bestimmung der Leistung der einzelnen Muskeln bei Erkrankungen des Bewegungsapparates (lähmungsartigen Zuständen bezw. Beschäftigungsneurosen u. dergl.), um hierdurch zu einer causalen Diagnose der Bewegungsdefecte zu gelangen und der Therapie, welche in den vom Vortr. wiederholt demonstrirten Uebungen an einfachen Rollenapparaten mit Gewichtszügen bestand, den richtigen Angriffspunct anzuweisen.

Dr. v. Böhlendorff hält die Dosirung der Uebungen mittels der Thilo'schen Apparate zwar für chirurgische Zwecke für im Allgemeinen genügend, meint aber, dass in Fällen, wo Uebungstherapie bei Erkrankungen der inneren Organe, wie z. B. des Herzens in Betracht komme, doch den genauer einstellbaren Zanderapparaten der Vorzug zu geben sei.

Dr. Thilo bemerkt, dass Max Herz bei Besprechung seiner Methoden gerade die vielseitige Anwendbarkeit seiner (Thilo's) Apparate bei einfachster Construction und ihre genaue Einstellbarkeit rühme und sie in letzterer Beziehung den Zander'schen völlig gleichgestellt habe.

2. Dr. Thilo demonstrirt ferner eine aus allseitig gehauenem Draht bestehende Gypssäge, welche in einigen Zügen jeden Gypsverband leicht aufschneidet.

3. Dr. L. Helmsing bespricht unter Demonstration der betreffenden Präparate 2 von ihm durch Laparotomie operirte Fälle von Extrauteringravidität. (Erscheint im Druck.)

Dr. v. Knorre: Die Hämatocele beruhe nach den gegenwärtigen Anschauungen wohl stets auf abortiver Extrauteringravidität. Die sogenannte primäre H. werde von den meisten Autoren nicht mehr angenommen und die Erklärung derselben durch abnorme Blutung bei der Ovulation nicht acceptirt, sondern sie beruhen wohl stets auf einer frühzeitigen Ruptur des Fruchtsackes, bevor noch die Diagnose der Gravidität gestellt wurde. Die Therapie deckt sich jedenfalls mit der der ektopischen Schwangerschaft und habe in der Incision zu bestehen. Es sei nur fraglich, welchem Wege des operativen Verfahrens der Vorzug zu geben sei, ob der Laparotomie oder der vaginalen Coeliotomie. Letztere könne unter Umständen vorzuziehen sein. Entscheidend sei neben den besonderen Umständen der Situation des Tumors die Zeit der eingetretenen Ruptur. Sei diese eine sehr frühe, so sei die vaginale Incision möglich.

Dr. Treymann: Er verfüge über ca. 1 Dutzend Fälle von Hämatocele retrouterina, die er sämmtlich für Folgen ektopischer Gravidität halte. Er halte die Laparotomie jedenfalls für das geeignetste Verfahren, da sie das Operationsfeld am ausgiebigsten zugänglich mache. Die einzelnen Umstände des Falles, der Kräftezustand der Pat. könne zu der weniger eingreifenden Colpotomie nöthigen: er halte jedoch dieselbe für um so gefährlicher, je frischer der Tubenabort sei.

Dr. Helmsing: In dem einen seiner Fälle war ein Schwanken zwischen diesen beiden Operationsverfahren nicht möglich: der Tumor lag so hoch, dass er auf vaginalem Wege nicht zu erreichen war, somit die Laparotomie das einzig indicirte Verfahren darstellte. Er ist geneigt, dieselbe überhaupt als das principiell Richtige in allen Fällen anzusehen und die vaginale Incision nur für vereiternde oder verjauchende H. gelten zu lassen.

4. Dr. O. Klemm berichtet kurz über einen Fall von schweren Erscheinungen, deren Pathogenese seiner Ansicht nach z. T. in einer Depression der Vagusthätigkeit zu suchen sei, nach Darreichung von 2 Mal 0,3 Orexin basicum. Die Dosirung sei mit 0,3—0,5 angegeben, scheine ihm jedoch nach dieser Erfahrung viel zu hoch und empfiehlt er jedenfalls im Beginn das Mittel nur in viel kleinerer Dosis, etwa 0,1 zu ordiniren.

Dr. H. Schwartz berichtet, dass im Jahre 1890 an der Klinik von Schultze in Bonn das damals von Penzoldt empfohlene Orexin. hydrochlor. Gegenstand von Versuchen gewesen sei, welche zu einer Empfehlung des Mittels für die Praxis nicht führten.

Dr. Bartels erinnert daran, dass Penzoldt selbst als Anfangsdosis 0,1 angegeben habe. Allerdings habe er als einzigen Uebelstand einer höheren Anfangsdosis nur das Erbrechen derselben bezeichnet.

Dr. Mey erwähnt, dass während seiner Assistentenzeit am hiesigen Krankenhause das Orexin dort mehrfach in Anwendung gekommen sei, allerdings sei über 0,3 nicht hinausgegangen. Schlimmer Folgen könne er sich nicht erinnern.

5. Dr. Voss weist ein gläsernes Gefäss in Pfeifenform mit Gradirung vor, das gegenwärtig vielfach als Arzeneiglas für Kranke Anwendung finde. Er zeige es jedoch vor, weil es vielfach auch in anderer Weise benutzt werde, nämlich zur Nasenspülung, und spricht eine eindringliche Warnung vor dieser Verwendung aus, als deren Folgen ihm noch kürzlich eine doppelseitige Otitis media vorgekommen sei (Pat. hatte die Spülungen auf eigene Hand unternommen). Er benutze die Gelegenheit, im Allgemeinen vor den viel zu viel angewandten und oft leichtsinnig verordneten Nasenspülungen zu warnen. Dieselben seien so wenig als möglich anzuwenden und nur in ganz bestimmten Fällen zulässig.



Dr. Rimscha und Dr. F. Berg betonen unter Zustimmung des Vortr. die Unentbehrlichkeit der Spülungen bei Ozaena; auf Anfrage des Letzteren erklärt Dr. Voss den Spray für relativ harmlos und zulässig.

Dr. med. H. Schwartz,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Die russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat den Minister der Landwirthschaft A. S. Jermolow, den Minister des Innern I. L. Goremykin, den Finanzminister S. I. Witte und das Reichsrathsmitglied N. A. Abasa, welcher bekanntlich ursprünglich Arzt war, zu ihren Ehrenmitgliedern gewählt.

— Wie mehrere Tagesblätter erfahren, beabsichtigt Prof. Dr. Rudolf Virchow an der bevorstehenden Feier des 100jährigen Jubiläums der hiesigen militär-medicinischen Academie persönlich theilzunehmen.

Der Consultant bei den St. Petersburger Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, älterer Arzt des hiesigen Marienhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Aikanow, ist zum Ehren-Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— Die hiesige medico-chirurgische Gesellschaft hat den Professor der militär-medicinischen Academie Dr. Weljaminow zum Präsidenten wiedergewählt. Zum Vicepräsidenten wurde Dr. Tschemesow, Arzt für die Studirenden der eben genannten Academie, gewählt.

In Kiew ist eine Psychiatrische Gesellschaft bei der dortigen Universität ins Leben getreten. Zum Präsidenten derselben wurde Prof. I. A. Ssikorski (Psychiater), zum Vicepräsidenten Prof. Obolenski, zu Secretären der Privatdocent Netschai und Dr. W. Sselezki gewählt. Die neue Gesellschaft hat in ihrer ersten Sitzung eine Anzahl hervorragender Psychiater zu Ehrenmitgliedern erwählt, und zwar die emeritirten Professoren Balinski und Mierzejewski in St. Petersburg und im Auslande die Professoren Lombroso, Kraft-Ebing, Kraepelin, Jolly, Flechsig, Ballet und Magnan. (Shisu i Isk. — Wr.)

— Dr. Buschujew, jüngerer Ordinator am Kiewer Militärhospital, hat sich als Privatdocent für interne Medicin an der Kiewer Universität habilitirt.

— Ausländische Orden sind verliehen: dem älteren Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Dr. A. Busch — der österreichische Orden der Eisernen Krone 3. Classe, und dem Bezirksoculisten des St. Petersburger Militärbezirks, Ehrenoculisten des Allerhöchsten Hofes, Dr. Tichomirow — das französische Ehrenzeichen eines «Officier d'Académie».

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: der Brigadearzt der 60. Infanterie-Brigade, Staatsrath Dr. Heinrich Schroeder und der stellvertretende Gouvernements-Medicinalinspector von Wologda, Staatsrath Dr. Ullrich — beide mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 15. November in St. Petersburg der Ehrenvormund des Pupillenraths der Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Geheimrath Dr. Peter Moriz im Alter von 81 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine Bildung in der medico-chirurgischen Academie genossen und war anfangs Arzt, gab aber bald seine ärztliche Thätigkeit auf, um in den Dienst des Hofressorts (1841) zu treten, wo er verschiedene hohe Posten bekleidete und von 1855—80 als Secretär der hochseligen Kaiserin Maria Alexandrowna fungirte. Seit 1883 war er auch Dirigirender der hiesigen Entbindungsanstalt. — 2) Am 30. November in St. Petersburg der Ordinator des Obuchowhospitals Alexei Skossyrew, welcher seit 1890 die ärztliche Praxis ausübte. — 3) In Ssysran der dortige Landschaftsarzt I. N. Andrejew im 41. Lebensjahre. Trotz 17jähriger angestrengter ärztlicher Thätigkeit hat er seine Frau mit 5 unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. — 4) In Genua der Director der dortigen chirurgischen Klinik, Prof. Dr. Caselli.

— Dr. Otto Voges, Assistent am Berliner Institut für Infectionskrankheiten, ist als Professor der Hygiene und Leiter des bacteriologischen Staatslaboratoriums nach Buenos Aires berufen worden. (A. med. C.-Ztg.)

— Der dänische Corpsarzt Dr. Grönlund weilt gegenwärtig in St. Petersburg, nachdem er vorher Moskau besucht hat. Derselbe ist behufs Studiums der Militärhospitäler und Anstalten des «Rothen Kreuzes», sowie speciell der Behandlung der Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten abcommandirt worden. Von hier begiebt er sich zu gleichem Zwecke nach Berlin und Wien.

— Das von Prof. Hayem seit 25 Jahren herausgegebene französische Referatenjournal «Revue des sciences médicales en France et à l'étranger» ist wegen Mangels an Abonnenten eingegangen.

— Die Pariser medicinische Facultät zählt gegenwärtig 351 ausländische Zuhörer, darunter 83 Russen, 67 Türken, 60 Rumänen, 16 Schweizer, 15 Griechen und 15 Deutsche.

— In der combinirten Sitzung des St. Petersburger Stadtamtes und der städtischen Sanitätscommission ist beschlossen worden, die Institutionen der Dumaärzte und der städtischen Sanitätsärzte mit einander zu verschmelzen; die städtischen Schulärzte dagegen sollen aus dem Ressort der Sanitätscommission ausgeschieden und der Commission für Volksbildung unterstellt werden.

— Das hundertjährige Jubiläum der militär-medicinischen Academie wird vom 17.—20. December d. J. nach folgendem Programm gefeiert werden: Am 17. December findet der Jahresactus statt; am 18. December werden in der Peter-Paul-Kathedrale Seelenmessen für die in Gott ruhenden Kaiser Paul, Alexander I., Nikolai I., Alexander II. und Alexander III. abgehalten werden, worauf nach einem Tedeum in der Academie ein Festact und der Empfang der Deputationen stattfindet. Es werden hierbei keine Reden gehalten. Am 19. December wird eine Matinée für die Angestellten der Academie, die Studenten und die Ehrengäste veranstaltet. Am 20. December schliesst die Feier mit einem Besuch der Gäste in der Academie und ihren wissenschaftlichen Anstalten. Zum Andenken an das Jubiläum sind drei Abzeichen gestiftet worden, und zwar eine Medaille, ein Brustabzeichen und ein Jeton.

— In Paris ist vor Kurzem ein Denkmal für den 1893 verstorbenen berühmten Nervenarzt Prof. Charcot vor der Klinik für Nervenkrankheiten in der Salpetrière enthüllt worden. Der einfache Sockel des bronzenen Standbildes, welches leider in künstlerischer und harmonischer Beziehung viel zu wünschen übrig lassen soll, trägt die Inschrift: «A. Charcot — ses élèves, ses amis — 1898».

— Die Pest in Ssamarkand, Madagaskar und Formosa. Der Kischlak Ansob und die von der Antipestcommission am 16. October d. J. für pestgefährlich erklärte Wolost Iskander im Ssamarkand-Gebiet werden jetzt officiell für seuchenfrei erklärt. Am 25. November wurde die vollständige Desinfection der Wohnungen und aller Gebäude in Ansob und seinen 4 Ansiedelungen beendigt; die Kleidungsstücke und die Wäsche der Einwohner wurden verbrannt und neue ihnen verabfolgt. Der Pestfriedhof ist geschlossen und alle erforderlichen Massnahmen zur Controle des sanitären Zustandes des Gebiets sind getroffen worden. — Das von uns bereits gemeldete Gerücht von Pestfällen auf der Insel Madagaskar bestätigt sich. Die Zahl der Erkrankungen an der Pest in der Stadt Tamatave beläuft sich auf 14, von denen 10 lethal verliefen. Bisher sind ausschliesslich Eingeborene ergriffen worden; die Europäer blieben bisher noch verschont. Die Krankheit ist offenbar von Malayen eingeschleppt worden. Der französische Militärgouverneur hat sofort energische Massregeln ergriffen: er hat um Tamatave einen Absperrungsgürtel gezogen und zugleich die Wohnungen, Hausgeräthschaften und Kleider der Todten mitsammt ihren Leichen verbrennen lassen. Aus Paris ist der beim Pasteurschen Institut beschäftigte Dr. Thiron mit Yersin'schem Heilserum nach Madagaskar abdelegirt worden, so dass man auf eine baldige Unterdrückung der Seuche hoffen kann. Bedenklicher ist die Nachricht, dass der Postdampfer «Caledonian», der aus Bombay in Suez anlangte, dort zwei Pestkranke für das sogen. «Lazareth der Mosesquelle» ausschiffte und dann weiter nach Marseille dampfte. — Die Insel Formosa ist für pestfrei erklärt, da officiell bekannt gemacht wird, dass die sanitäre Aufsicht über die Schiffe, welche aus den Häfen von Formosa in japanische Häfen einlaufen, seit dem 1. December n. St. aufgehoben ist.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Nov. d. J. 8213 (149 mehr als in d. Vorw.), darunter 631 Typhus — (47 mehr), 844 Syphilis — (5 wen.), 139 Scharlach — (8 wen.), 161 Diphtherie — (18 mehr), 63 Masern — (2 wen.) und 8 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. November 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen:																
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
336	256	592	142	48	95	25	7	12	47	55	43	48	38	21	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 14, Diphtherie 21, Croup 1, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 3, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. December 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. December 1898.

Franzensbader Heilquellen. Das ärztlicherseits bestempfohlene Product dieser Quellen ist sowohl direct durch die Brunnenversendung in Franzensbad, als auch durch sämmtliche Apotheken und Mineralwasserhandlungen zu beziehen.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Берта Федоровна Панова, Фурштадтская ул. д. 45, кв.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **AmalieSchulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester **Const. Schmidt**, Изм. полкъ 4 р. д. 7, кв. 12.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33, кв. 2.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.



ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА
НА ГАЗЕТУ
„МЕДИЦИНА",
НА 1899 (ОДИННАДЦАТЫЙ ГОДЪ).

Подъ редакціей Профессора Юрьевскаго Университета Степана Михайловича Васильева.

Изданіе, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіены, выходитъ въ объемѣ—2-хъ листовъ (лѣтомъ 1-го листа) четыре раза въ мѣсяцъ по слѣдующей программѣ:

1) Самостоятельныя статьи, лекціи, предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ и переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигіены, эпидеміологіи, судебной медицины и гидрологіи, а также по общей патологіи, фармакологіи, анатоміи, физіологіи и патологической анатоміи.
2) Общіе обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.
3) Статьи по исторіи медицины.
4) Новости медицины изъ русской и иностранной литературы.
5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской, медицинѣ.
6) Критика и библіографія медицинскихъ книгъ, статей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ-либо интересовать врачей.
7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертацій.
8) Терапевтическій отдѣлъ.
9) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научный интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія, чѣмъ-либо интересовать врачей.
10) Частныя объявленія и публикаціи, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Среди многихъ статей будетъ печататься въ видѣ отдѣльной книги капитальнѣйшій трудъ «Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik», издав. проф. E. von Leyden'омъ, цѣною въ отд. прод. не менѣе 5 руб.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ—Редакція, Гороховая, д. № 40, кв. 1.

Подписная цѣна за годовое изданіе **ПЯТЬ** рублей, съ доставкой и пересылкой. Для студентовъ ТРИ руб. съ пересылкой.

Статьи высылаются въ Редакцію газеты «**МЕДИЦИНА**», С.-Петербургъ, Гороховая, д. 40.

Редакція газеты безплатно помѣщаетъ объявленія земскихъ управъ, городскихъ и больничныхъ учрежденій о вакантныхъ мѣстахъ для лицъ врачебнаго персонала, а равно и сихъ послѣднихъ о предложеніи ихъ услугъ.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben wurde **vollständig**:

HANDBUCH

der

Ernährungstherapie

herausgegeben von

E. von Leyden.

Band I. Abtheilung I M. 10.—
» II » 5.—

Band II: Abtheilung I M. 10.—
» II » 10.—

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Die Ergebnisse d. Fango-Behandlg.

nach den Erfahrungen
an der Berliner Fango-Kuranstalt
von Dr. Hugo Davidsohn.

1898. gr. 8. Mit 4 Abbildg. 1 M. 20 Pf.

PASTILLES VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boites métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer
L'EAU ALCALINE GAZEUSE

MITTERBAD
MITTERBAD
Arsen-Eisen
verlässlichste TRINKQUELLE.
Die Flasche franco St. Petersb. 30 Kopeken en gros, falls Ihr Apotheker eine Kiste bestellt. (134) 5—2.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

 Dieser № liegt ein Prospect der «**Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation**» bei. 

Дозв. ценз. Спб. 5 Декабря 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, **Petersburger Seite**, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 12. (24.) December **1898**

Ueber den Werth der Stückchendiagnose.

Mit Demonstrationen.

Von

Dr. med. Georg Weidenbaum.

Vortrag, gehalten am 22. August 1898 auf dem X. livländischen Aerztetage

Meine Herren!

Das Thema, über welches ich Ihnen in Kurzem Einiges darzulegen gedenke, klingt, wie mir von verschiedenen Seiten versichert wurde, fremd, und scheint wenig geeignet, das Interesse und die Aufmerksamkeit der geehrten Versammlung auf sich zu lenken.

Darum will ich von vornherein erklären, dass ich mich sehr kurz fassen werde.

Aber während einerseits schon früher auf dem livländischen Aerztetage der Herr College Graubner aus Dorpat dasselbe Thema in interessanter Weise behandelt hat, und es den Collegen somit keineswegs mehr fremd sein dürfte, und während andererseits die Fremdheit des Gebietes um so mehr die Berechtigung seiner Behandlung begründen würde, so sollen die folgenden kurzen Auseinandersetzungen dazu dienen zu zeigen, dass das in Rede stehende Gebiet trotzdem weder fernliegend ist von dem Interessenkreise eines practischen Arztes, noch auch einer nicht zu unterschätzenden practischen Wichtigkeit entbehrt.

Unter der mikroskopischen Stückchendiagnose versteht man die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung kleiner, dem Lebenden zwecks dieser Diagnose entnommener Gewebspartikeln.

Während diese Methode der Diagnose eigentlich wohl so alt ist, wie die Mikroskopie am Krankenbett überhaupt, so hat sich gerade in den letzten Jahren die Technik so bedeutend vervollkommnet, dass wir — im Gegensatz zu früheren Zeiten — in überraschend schneller und sicherer Weise Präparate herzustellen im Stande sind, die uns über das Nothwendige orientiren und ein willkommenes leicht handliches Hilfsmittel bieten zur Vervollständigung und Ergänzung der klinischen Diagnose.

Wir werden in dieser Weise Gewebstheile aus den verschiedensten Organen untersuchen können, sei es, dass solche spontan im Koth, im Urin, im Erbrochenen, im Sputum sich uns darbieten, sei es, dass wir durch chirurgische Manipulationen uns ihrer bemächtigen. Dank der vervollkommneten Technik werden wir dann im Stande sein innerhalb weniger Minuten, oft während der soeben erst begonnenen Ope-

ration, die zu untersuchenden Objecte schön geschnitten und gefärbt unter das Mikroskop zu bringen.

In ganz besonders weitgehender Weise ist diese Technik in den letzten Jahren ausgebildet worden von den Gynäkologen, und in der That spielt die Stückchendiagnose in der Gynäkologie vielleicht eine grössere Rolle als auf anderen Gebieten. Haben wir es doch hier mit einem fast in seine äussersten Grenzen von aussen zugänglichen Organsystem zu thun, das neben seiner gewaltigen Bedeutung im Organismus des Individuums, neben seiner energischen Lebensthätigkeit, dem beständigen Wechsel seiner physiologischen Zustände, auch noch in besonderer Weise von den verschiedenartigsten pathologischen Processen heimgesucht wird, deren Studium betrieben werden muss, um bei der Wahl der Therapie an der Hand einer zuverlässigen Richtschnur wirklich Erspriessliches zu erreichen.

Seit den bahnbrechenden Arbeiten von Ruge, der wohl mit Recht als der Begründer der speciellen pathologisch-anatomischen Forschung in der Gynäkologie gilt, hat die mikroskopische Erforschung der physiologischen und pathologischen Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane einen gewaltigen Aufschwung genommen, und ein ganzes Heer von emsigen und gediegenen Forschern hat das Gebiet zu einer besonderen Disciplin der Gynäkologie ausgestaltet und ausgebaut.

Eine Reihe von speciellen Lehrbüchern liegt vor.

Schon ist viel Schönes erreicht, aber mit unermüdlichem Eifer wird rastlos fortgearbeitet, und langsam aber stetig lichtet sich das Dunkel, das auf so vielen Fragen unseres Gebietes noch ruht.

Wollte der Praktiker vielleicht dagegen einwenden, dass alle diese theoretische Weisheit der Pathologen und diese ausgedehnten Detailforschungen, die der practische Arzt sich doch nie zu eigen machen könne, ihn doch keinen Schritt vorwärts brächten und keine andere als nur eine rein wissenschaftliche Bedeutung hätten, so muss ihm entgegengehalten werden, dass die theoretische Forschung hier keineswegs fruchtlos war, sondern Aufschlüsse gebracht hat, die für das ärztliche Handeln von wesentlicher Bedeutung, für den Arzt als von grossem practischen Werthe sich erwiesen haben. Eng genug sind die Grenzen des Erreichbaren freilich trotzdem noch, und vieler Räthsel Lösung liegt noch im Schosse der Zukunft verborgen.

Sehen wir also von der rein wissenschaftlichen Bedeutung der Untersuchungsmethode ab, und wenden uns blos der practischen Verwerthbarkeit derselben zu, so wird es sich, wie bei jedem Organismus so auch hier stets um die Entscheidung der Frage handeln: Ist die Erkrankung bösartig oder gutartig? oder — soweit es die Genitalien betrifft —: Liegen Schwangerschaftsproducte vor oder nicht?

Und soweit sind wir jetzt gediehen, dass wir wohl in den weitaus meisten Fällen hierin völlige Klarheit erlangen können.

Von der Feststellung dieser Thatsachen hängt dann natürlich die Wahl der Therapie ab, was ja ohne Weiteres einleuchtend ist und keiner Erläuterung bedarf.

Ich verweise hier auf den diesbszüglichen Vortrag des Herrn Collegen Graubner über dasselbe Thema, wo er an Beispielen aus der Praxis zur Evidenz die Wichtigkeit der pathologisch-anatomischen Untersuchung an der Lebenden erwies.

Zwar dürfen wir nie vergessen — und das betonen alle Pathologen — dass die mikroskopische Untersuchung als willkommenes Hilfsmittel die klinische Untersuchung nur vervollständigen und ergänzen soll, und dass bei der endlichen Fällung der Diagnose stets das allgemeine Krankheitsbild, die Summe aller Erscheinungen, berücksichtigt werden soll, — indessen wird in einer grossen Zahl von Fällen gerade der mikroskopisch-anatomische Befund nicht nur ausschlaggebend sein für die Diagnose, sondern auch der einzige Factor sein, auf welchen sich die Diagnose ganz unerschütterlich aufbaut.

Aber nicht allein das. Ein zweiter wesentlicher Vortheil bei der Stückchendiagnose ist die Thatsache, dass wir sehr häufig in die Lage kommen schon frühzeitig den Character einer Affection zu erkennen und ihre eventuelle Bösartigkeit festzustellen. So kann eine maligne Neubildung erkannt werden, lange bevor sie noch irgend welche characteristischen klinischen Erscheinungen macht. Um dieses zu illustriren, will ich hier einen aus der Literatur wohlbekannten Fall wieder vorführen:

In der königl. Frauenklinik zu Berlin war einer Frau wegen Blutungen die Ausschabung gemacht worden. Die Massen wurden mikroskopirt und Dr. Gebhard fand carcinöse Entartung der Schleimhaut. Der Uterus wurde daraufhin total exstirpirt. Jetzt wurde das exstirpirte Organ von Neuem untersucht, allein trotz aller Bemühungen fand sich die carcinöse Stelle nicht mehr, die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Stückchen aus allen Theilen des Organs fiel negativ aus. Schon glaubte Gebhard sich getäuscht und die arme Frau umsonst ihres Organs beraubt zu haben, da wurde der exstirpirte Uterus zu einem anderen Zweck in lückenlose Serienschnitte zerlegt, und siehe da: an einer kleinen Stelle fand sich der zweifellose und echte Krebs. Die Frau war ihr carcinöses Organ rechtzeitig losgeworden, gerade wo die Neubildung erst zu keimen begann.

Dass ein derartiger Fall rein klinisch nicht diagnosticirbar ist, und dass er andererseits, so behandelt, eine ganz vortreffliche Prognose giebt, liegt auf der Hand.

Im Anschluss an diese Ausführungen will ich nun den Herren Collegen einen hübschen kleinen Apparat demonstriren, ein Gefriermikrotom, das für die schnelle Stückchendiagnose unschätzbare Dienste leistet und wegen seiner grossen Billigkeit für Jedermann leicht zu beschaffen ist. Es ist das Hobelmikrotom von Jung (Heidelberg)[1]. Mit Hilfe dieses Instrumentes lassen sich nicht nur frische Gewebstheile durch Gefrierenlassen uneingebettet schnittfähig machen, sondern auch in Celloïdin und Paraffin eingebettete Präparate lassen sich vortrefflich schneiden.

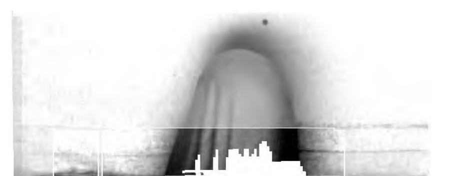
Freilich müssen die Celloïdinpräparate gewässert und auf dem Gefrierwege geschnitten werden (Pick, Berlin).

Beachtung verdient das Volumen der zu schneidenden Objecte: die Stücke dürfen nicht zu dick, die Schnittflächen nicht zu gross sein. Die besten Schnitte geben Stücke von $^1/_2$ bis 1□ Centimeter Schnittfläche, und 3 bis 4 Millimeter Dicke. Die Dicke der Schnitte variirt nach Bedarf zwischen 5 und 40 μ.

Das Hobelmesser bedarf sehr guter Pflege. Für gewöhnliche Zwecke genügt die Fixirung und Härtung der ausgeschabten Massen oder der Probeexcisionen in absolutem Alcohol, der mehrfach in 24 Stunden gewechselt wird, oder in Formalinlösung. Dann Auswässerung und Gefrierenlassen mit Hilfe des Aetherspray.

Um Ihnen, meine Herren, die Leistungsfähigkeit des Mikrotoms zu demonstriren, habe ich hier 6 Präparate getreu nach dem mikroskopischen Bilde abgemalt. Die mikroskopischen Präparate selbst stehen Ihnen gleichfalls zur Verfügung. Die gezeichneten Stellen sind durch Tintenringe markirt. Sie können sich selbst davon überzeugen, dass ich bei der Herstellung dieser Wandtafeln nicht meine Phantasie habe spielen lassen.

[1]) Der Apparat kostet blos 27 Mark, mit selbstthätiger Schneppervorrichtung für die Mikrometerschraube 40 M.



Sie sehen, dass trotzdem es sich um Gefrierschnitte handelt, bei deren Herstellung die Gewebe doch immer mehr oder weniger leiden, die Deutlichkeit des anatomischen Bildes nicht gelitten hat, und die Charakteristica wohl erhalten und gut wiedergegeben werden.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum.

Von
Dr. S. Prissmann,
Arzt für Hautkrankheiten in Libau.

Sind auch über die Existenz einer Dermatitis exfol. universalis als idiopathische Krankheit älterer Personen die Ansichten noch sehr getheilt, so erfreut sich die gleichnamige Erkrankung der Neugeborenen als Krankheit sui generis um so mehr einer allseitigen Anerkennung. Die infantile Dermatitis ist zuerst, wenn auch schon früher mehrfach beschrieben, von Ritter von Rittershain genau charakterisirt worden; sie kommt im Ganzen relativ selten vor, am meisten schon endemisch in Findelhäusern. Aetiologisch wird die Dermatitis exfol. neonat. für gewöhnlich als eine excessive Form der in den ersten Lebenswochen bis zu einem gewissen Grade normalen Epidermisabschilferung betrachtet, nach anderen Autoren sollen auch hier Mikroorganismen in Frage kommen.

Einen sporadischen Fall dieser eigenartigen Dermatose habe ich vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt, der wahrscheinlich mit hereditärer Lues complicirt war. Ein 10tägiges, sehr schwächliches Kind einer notorisch luetischen Mutter erkrankte unter den Erscheinungen einer intertriginösen Dermatitis, wobei die dunkelrothe Haut durch ihre glänzende Trockenheit auffiel. Unter Bildung vereinzelter Sudamina folgte bald darauf eine völlige Abstossung der Epidermis an den afficirten Stellen. Im Laufe der nächsten Woche spielte sich dieselbe Erscheinung auf der ganzen übrigen Haut ab, mit alleiniger Ausnahme der Handflächen, so dass der Knabe bald im Ganzen hochroth, wie verbrüht, aussah, wobei die Haut glatt, glänzend, trocken, an vielen Stellen mit kleinen und grösseren Epidermisfetzen bedeckt war. Das Kind fieberte nicht, schien aber subjectiv viel zu leiden. Irgendwelche Erscheinungen einer notorisch bestehenden Syphilis waren nicht zu constatiren, es sei denn die sonst ganz unerklärliche Cachexie. Nach Sublimatbädern (von anderer Seite empfohlen) war eine bedeutende Verschlimmerung eingetreten: die Abschälung wurde ganz enorm, mehrere Centimeter grosse Fetzen lösten sich ab, die Haut blutete leicht und schien überaus empfindlich zu sein. Nach consequent 1 bis 2 Mal täglich durchgeführten Kleienbädern mit nachheriger Einpuderung (Dermatol + Zinkoxyd + Talc ven.) und späterhin Borsalben trat nach Regeneration der Epidermis eine vollkommene Heilung ein. Dauer der Krankheit ca. 4 Wochen. Es ist mir nicht bekannt, ob hereditäre Lues irgendwie mit der Dermat. exfol. neonat. in Zusammenhang gebracht werden darf. Das Kind starb nachträglich an einem Magendarmcatarrh.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. E. von Leyden und Dr. Emil Pfeffer: Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Sechszehnter Congress gehalten zu Wiesbaden vom 13.—16 April 1898. Mit 12 Abbildungen im Texte und 12 Tafeln. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Wir wollen auch in diesem Jahre nicht verfehlen unsere Leser auf das Erscheinen dieses Werkes aufmerksam zu machen; es bietet eine Fülle von höchst interessanten Referaten und Vorträgen und sich daran schliessenden Discussionen und zeugt so recht wieder von der Leistungsfähigkeit des Congresses für innere Medicin. Als Hauptreferate fungirten beim diesjährigen Congresse:

1. Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht (Professor v. Ziemssen und Prof. v. Jaksch): 2) Ueber den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Diabetes mellitus (Professor Dr. Leo); an dieses Referat schloss sich eine Reihe von Vorträgen über dieses Thema und eine ausgiebige, höchst lehrreiche Discussion an. 3) Ueber Autointoxication intestinalen Ursprunges (Prof. Friedrich Müller und Brieger). Von den einzelnen Vorträgen (35 an der Zahl) wollen wir hier, als besonders interessante hervorheben, den von Professor Krehl: unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Beziehungen der Wärmeproduction im Fieber, von Dr. Adolf Magnus-Levy: Harnsäuregehalt und Alkalescenz des Blutes in der Gicht, von Prof. O. Minkowski: über Stoffwechselproducte nach Thymusfütterung, von Prof. Edinger: Einiges über Wesen und Behandlung der Tabes, von Professor Schott: über chronische Herzmuskelerkrankungen, von Dr. Paul Jacob: über Duralinfusion, von Dr. W. Seiffer: die Head'schen Sensibilitätsstörungen bei Erkrankungen innerer Organe, von Dr. J. Trumpp: die Beziehungen der Agglutination zur Immunität.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vortreffliche.

Abelmann.

Roth-Schmitt; Die Arzneimittel der heutigen Medicin mit therapeutischen Notizen; zusammengestellt für practische Aerzte und Studirende der Medicin. Achte Auflage bearbeitet von Dr. Otto Dornblüth, Nervenarzt in Rostock. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitsch) 1898.

Ein Zeichen, einer wie grossen Beliebtheit sich das Roth-Schmitt'sche Buch erfreut, beweist das Erscheinen der 8. Auflage. Dieselbe hat dieses mal einen neuen Bearbeiter gefunden, der bemüht gewesen ist das Buch in jeder Beziehung den heutigen Anforderungen entsprechend zu gestalten. Ausser einem sehr ausführlichen Verzeichniss der Arzneimittel, der Maximaldosen, der Anwendungsweise eines jeden Mittels enthält das Buch noch praktische Winke für Ersparnisse bei der Arzneiverordnung und andere für den Arzt wichtige Angaben.

Die zum Schluss angegebenen therapeutischen Notizen enthalten, wengleich sie sehr kurz gefasst sind, doch das Wesentlichste, so dass sie zum gelegentlichen schnellen Orientiren ganz geeignet sind.

Fr. Mühlen.

S. M. Lukjanow: Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Ernährung.

In der Form von 10 Vorlesungen hat einer unserer bekanntesten Pathologen, der Director des Kaiserlichen Instituts für experimentelle Medicin, das Facit einer grossen Serie von eigenen werthvollen Beobachtungen, Studien und Experimenten, die Arbeiten seiner Schüler und sämmtlicher in Betracht kommenden Autoren zusammenfassend niedergelegt. Er hat somit ein neues Gebäude der allgemeinen Pathologie der Ernährung aufgeführt, welches des Werthvollen genug bietet, um die Aufmerksamkeit der weitesten Kreise ärztlicher Welt auf sich zu lenken. Wir kommen mit unserem kurzen Berichte vielleicht schon zu spät; ein Theil unserer verehrten Leser ist gewiss bereits im Besitze des interessanten Buches. Dasselbe stellt den ersten Theil der vom Verf. beabsichtigten «Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Ernährung und der Athmung» dar und behandelt auf 300 Seiten in systematischer Weise und eleganter und fliessender Darstellung die krankhaften Vorgänge der Verdauungsorgane von der ersten bis zur letzten Phase des Verdauungsactes. 80 Seiten eines Anhanges enthalten das Verzeichniss der zur Berücksichtigung genommenen Literatur, und Commentare. Dieselben geben so eine Vorstellung über die wahrhaft staunenswerte Arbeitsleistung des Verfassers, sowie über die geschickte Fassung des riesigen Stoffes. Dem Recensenten bleibt hier nur übrig dieses bedeutsame, auch äusserlich tadellos ausgestattete Werk, zum Studium angelegentlichst zu empfehlen.

Kallmeyer.

Carl Kaiserling: Practicum der wissenschaftlichen Photographie. Berlin. Verlag von Gust. Schmidt. 1898.

Die Photographie hat in der Medicin festen Boden gefasst hat so wichtige Befunde und Resultate fast auf allen Gebieten der Medicin gezeitigt, dass sie heutzutage als unentbehrliches Glied in der grossen Kette der medicinischen Hilfsmittel angesehen werden muss. Unentbehrlich sind daher auch für den Arzt, besonders für den an Anstalten beschäftigten, Nachschlagebücher, in welchen er Anleitung, Rathschläge und Winke auf diesem ihm nur selten vertrauten Gebiete finden kann. Unter solchen Compendien ist vorliegendes Buch berufen eine der ersten Stellen einzunehmen, denn in demselben findet der Arzt alles für seine Zwecke Brauchbare zusammengestellt. Jeglicher Schematismus ist vermieden. Die Darstellungsweise zeichnet sich durch Klarheit und Kürze aus und zeugt von der reichen practischen Erfahrung des Verfassers. Es möge daher dieses «Practicum» den Aerzten bestens empfohlen sein.

D.

Dr. A. Jacobi (New-York): Therapie des Säuglings- und Kindesalters. Autorisirte deutsche Ausgabe der zweiten Auflage von Dr. O. Reunert. (Verlag von Julius Springer. Berlin 1898. 477 pg.).

Im laufenden Jahre ist das Werk Prof. Jacobi's, in welchem er seine grossen langjährigen practischen Erfahrungen als Paediater niederlegt in deutscher Sprache erschienen und dadurch einem bedeutend grösseren Leserkreis zugänglich gemacht worden, ja, man kann sagen, der ganzen medicinischen Welt, nachdem nun auch eine russische Uebersetzung des Buches seit kurzem eyistirt.

Die erste Auflage erschien in englischer Sprache im Jahre 1895 und bildet diese Arbeit das erste grössere Werk Jaco-

bi's, der durch zahlreiche Monographieen und kleinere Arbeiten sich bereits einen Weltruf erworben hatte.

Dieses Buch bildet gleichsam eine Wiederspiegelung des grossen therapeutischen Könnens des Autors, in ihm wird der Leser mit den eigensten Ansichten J.'s bekannt gemacht, die Behandlungsweisen und Methoden, welche der grosse Paediater geübt und die sich ihm bewährt haben, werden dem Leser vor Augen geführt.

Das Buch ist eigentlich kein Lehrbuch, diesen Namen trägt es ja auch nicht. Es ist bestimmt, wie Jacobi es im Vorworte sagt, für Leser, die genügende Kenntnisse über die in Frage kommenden Krankheiten besitzen und die Diagnostik wie auch die Materia medica beherrschen. In manchem Puncte wird vielleicht der Leser seinen eigenen vom Verf. abweichenden Grundsatz besitzen, in einigen therapeutischen Massregeln mit den von Jacobi vorgeschlagenen auseinandergehen, dessenungeachtet wird er viele gute Ratschläge in diesem Buche finden, vieles wird ihn zu eigenen Versuchen und Nachprüfungen anregen. Und durch diese empfangenen Anregungen wird ihm das Buch lieb werden, die Persönlichkeit des Verf's als Rathgeber ihm nahe treten.

Auf nähere Details möchte ich nicht eingehen, das Inhaltsverzeichniss wird vielen durch die reichlich versandten Prospecte bekannt sein. Dem Specialisten kann aber zur Anschaffung des Buches geraten werden. Die äussere Form und Ausstattung des Buches sind ganz vorzüglich und ähnlich den bisher im Springer'schen Verlage erschienenen Lehrbüchern.

Hecker.

Prof. C. Posner (Berlin). Therapie der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Zweite verbesserte Auflage. (Verlag von August Hirschwald. Berlin 1898. 162 pg.).

Nach kaum drei Jahren erscheint dieses Werkchen Prof. Posner's, welches mit der «Diagnostik der Harnkrankheiten» desselben Autors, ein Ganzes bildet, in einer neuen Auflage, verbessert, im Umfange etwas gewachsen, den Bereicherungen der letzten Jahre auf diesem Gebiete entsprechend. Und zwar sind die vielfach empfohlenen Neuerungen von P. nur soweit berücksichtigt worden, als sie de facto Errungenschaften der Therapie darstellen. Die Anordnung des Stoffes ist in der zweiten Auflage die gleiche geblieben.

Seit dem ersten Erscheinen hat dieses Büchlein sich einen grossen Freundeskreis erworben, die neue Auflage wird denselben jedenfalls noch vergrössern. Den Anforderungen der täglichen Praxis Rechnung tragend ist dieses Buch geeignet jedem, der seine Kenntnisse bereichern resp. auffrischen will, dazu zu verhelfen. So manchen guten Rat wird der Leser schöpfen können aus dem Werke P.'s, für so manchen Wink wird er dem Verf. Dank wissen. Das macht auch namentlich dieses Büchlein so wertvoll, dass wir es hier nicht mit trockner Lehrbuch ähnlicher Abhandlung zu thun haben, sondern subjective Ansichten und Erfahrungen eines tüchtigen Specialisten kennen lernen.

Hecker.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte

643. Sitzung am 15. September 1898.

Vorsitzender: Moritz; Secretär: Dobbert.

1. Wanach: Ein Fall von Hernia diaphragmatica. Diese Form der Hernien ist bekanntlich eine sehr seltene. Benno Schmidt hat nur 282 Fälle von Zwerchfellsbrüchen zusammenstellen können. Am häufigsten findet man sie bei Sectionen von Patienten, welche an irgend einer intercurrenten Krankheit, oder unter dunklen Incarcerationserscheinungen zu Grunde gingen. Bei Lebzeiten sind nur 10 Fälle richtig diagnosticirt worden. Die Zwerchfellhernien haben selten einen Bruchsack; meist handelt es sich um freie, weder von Pleura noch Peritoneum bedeckte Oeffnungen, also um «falsche» Hernien; wahre Hernien sind nur 28 beobachtet worden. Die Hernia diaphragmatica ist angeboren namentlich bei Kindern beobachtet worden und sind hier die Lücken als Entwickelungsfehler des Zwerchfells aufzufassen. Die Prognose ist schlecht und gehen die Kinder meist früh zu Grunde. Bei erworbenen Brüchen kann es sich entweder um einen Austritt der Eingeweide durch eine der normalen Oeffnungen im Zwerchfell handeln, oder durch einen Defect, welcher in Folge penetrirender Stich- oder Schussverletzungen, oder in Folge contundirender Gewalten, welche auf den Thorax einwirkten, entstanden ist. In letzteren Fällen kann sich gleich an das Trauma die Bildung der Hernie anschliessen, oder sie tritt erst nach Jahren auf, nachdem die nachweisbaren Folgen der Verletzung schon verschwunden sind. Einige solcher Fälle sind in letzter Zeit operirt worden, meist ohne bestehende Incarceration. Nur einmal wurde eine incarcerirte Zwerchfellshernie richtig diagnosticirt und mit Erfolg operirt. (Farinato.) Häufiger kommen die Fälle zur Operation unter nicht genauer localisirbaren Incarcerationserscheinungen. Die Prognose ist im Allgemeinen schlecht, doch darf deshalb die Hoffnung nicht aufgegeben werden; ein Grund mehr bei inneren Einklemmungen so früh wie möglich einzugreifen. Im Falle W.'s handelte es sich um einen 34jährigen Potator, welcher nach einem am Sonnabend verübten Excesse in baccho am Sonntag mit Erbrechen erkrankte. Am nächsten Tage hörte das Erbrechen auf, es stellte sich aber Meteorismus und Stuhlverhaltung ein. Klysmen, Calomel etc. waren ohne Erfolg. Als W. den Pat. am Mittwoch sah, war kein Erbrechen vorhanden, doch war bis dahin auch kein Stuhl erfolgt. Das Epigastrium war stark aufgetrieben; peristaltische Bewegungen des Darmes deutlich constatirbar. Puls 100. Respiration 24. Die Diagnose wurde auf Obturation in einem tiefer gelegenen Darmabschnitte gestellt. Auffallend blieb die Auftreibung des Epigastriums, da durch die eingeführte Schlundsonde fast gar keine Gase sich entleerten und die Geschwulst nicht abfiel. Bei Palpation des Abdomen hörte man deutliches Gurren, auch waren kolikartige Schmerzen vorhanden. Pat. ging auf eine Operation nicht ein und erst am folgenden Tage, als peristaltische Bewegungen des Darmes kaum mehr vorhanden waren und sich schon Cyanose des Gesichtes eingestellt hatten, konnte der operative Eingriff gemacht werden. Natürlich war jetzt die Prognose in Folge der schon eingetretenen Darmlähmung eine wesentlich schlechtere. Schnitt vom Proc. xyphoideus bis zur Symphyse. Mit Eröffnung des Bauchfelles stürzten geblähte Darmschlingen hervor, welche schon die Merkmale einer beginnenden Peritonitis aufwiesen. Nach Eventration des grössten Theiles der Dünndarmschlingen fand W. das Coecum gebläht, desgleichen das Colon ascendens und transversum. Die Flexura lienalis war hoch nach oben verzerrt: das Colon descendens collabirt. Mit Mühe gelang es, das Zwerchfell zu Gesichte zu bekommen und in demselben recht weit nach hinten und links von der Wirbelsäule eine Oeffnung zu entdecken, durch welche der grösste Theil des Netzes und die Flexura lienalis ausgetreten waren. Die Oeffnung war nicht sehr gross, doch konnte der Zeigefinger leicht durch dieselbe hindurchgeführt werden. Durch vorsichtiges Ziehen am Colon gelang es das eingeklemmte Darmstück aus der Oeffnung zu befreien; dasselbe wies deutliche Strangulationserscheinungen auf, erweckte aber keinen Verdacht auf Gangrän. Das Netz liess sich nicht herausbefördern; es war fest mit den Rändern der Bruchpforte verwachsen. Es wurde in situ belassen, weil dadurch die wiederhergestellte Passage im Darme nicht gestört wurde. Nachdem einige geblähte Darmschlingen punctirt worden waren, gelang es den Darm wieder in die Bauchhöhle zurückzubefördern. Eine Sonde wurde noch per anum hoch hinauf bis an die Einklemmungsstelle eingeführt und die Bauchhöhle darauf bis auf die für den Tampon nöthige Oeffnung geschlossen. Pat. starb am Abend desselben Tages an Collaps.

Es folgt die Demonstration des von Wanach gemeinsam mit La Croix gewonnenen Präparates.

Tiling hebt gleichfalls die Seltenheit der Zwerchfellhernien hervor und erwähnt, dass er sich nur eines Falles erinnern kann, welchen er vor ca. 20 Jahren im Alexander Hospital für Schwarzarbeiter gesehen. Es handelte sich um eine alte Frau, welche unter eine Pferdebahn gerathen war. Es sollte an ihr irgend ein operativer Eingriff gemacht werden und bei der Auscultation vor der Narcose fiel T. das deutlich hörbare Battement métallique auf, welchem jedoch keine weitere Beachtung geschenkt wurde. Pat. starb und bei der Section fand sich eine Hernia diaphragmatica. Hätte das Phänomen des Klingens grössere Beachtung gefunden, so hätte das in diagnostischer Beziehung eine Verwerthung finden können.

Petersen hat den Fall damals secirt und erinnert sich, dass das Colon transversum durch den in Folge stumpfer Gewalteinwirkung entstandenen Defect im Zwerchfell ausgetreten war und das Herz stark nach links verschoben hatte.

Wanach: Auf Grund physikalischer Untersuchungsbefunde ist nur dann die Diagnose zu stellen, wenn grössere Darmabschnitte austreten und häufig wechselnde Erscheinungen eines circumscripten Pneumothorax in der unteren Brustpartie hervorrufen, wie es z. B. bei Zwerchfellsbrüchen der Kinder vorkommt, wo zuweilen der ganze Magen oder fast der ganze Darmkanal die Bauchhöhle verlässt.

La Croix frägt, ob Herr Petersen nicht genauer die Lage der Durchtrittsöffnung anzugeben im Stande ist. Bei der Seltenheit der Fälle hat jeder einzelne Fall ein grosses Interesse. In dem von ihm secirten Falle lag die Oeffnung genau auf der Kuppe des Zwerchfells an der Uebergangsstelle der Pars tendinea in den muskulösen Theil des Diaphragma, vier Querfingerbreit nach links von der Durchtrittsstelle des Oesophagus.



Petersen: Das Colon transversum war durch das Zwerchfell vor der Durchtrittsstelle des Oesophagus in demselben herausgetreten.

2. v. Niessen (Gast) referirt über seine Untersuchungsergebnisse der Syphilisaetiologie au Petersburger Instituten. Der Vortrag wird in extenso in der «St. Pet. Med. Wochenschrift» erscheinen.

Westphalen möchte wissen, ob die Syphilisbacillen, von welchen Herr Niessen heute berichtet, denjenigen analog seien, welche von ihm in früheren Arbeiten beschrieben und aus syphilitischem Blut gezüchtet wurden.

v. Niessen: Bei den aus den breiten Condylomen, der nässenden Papel, erhaltenen Bacillen, von welchen heute die Rede war, handelt es sich um eine andere Species als bei den früher von ihm beschriebenen.

Westphalen: Die syphilitische Infection beim Affen scheint im Vergleich zu derjenigen beim Menschen einen viel stürmischeren Verlauf anzunehmen, obgleich die zur Impfung der Affen benutzten Bacterienculturen kaum virulentere Eigenschaften besitzen dürften, als die beim Menschen die Infection hervorrufenden Krankheitserreger. Liegt nicht daher die Annahme nahe, dass die Affen für das Virus sehr leicht empfänglich sind, während die Menschen im Laufe der Generationen schon einen gewissen Immunitätsgrad acquirirt haben?

v. Niessen: Analog anderen Bacterienarten nimmt die Virulenz der Syphilisbacillen in der That mit steigender Generation ab. Zu den Experimenten sind Culturen bis zur 3. Generation benutzt worden; von nachfolgenden Generationen müssten immer grössere Mengen injicirt werden, um denselben Effect zu erzielen.

644. Sitzung am 29. September 1898.

Vorsitzender: Moritz. Secretär: Dobbert.

1. Westphalen referirt dem Verein über einen im deutschen Alexander-Hospital beobachteten Fall von Calomelintoxication mit (anormaler) Localisation der Schleimhautnecrose vorzugsweise im Jejunum und Ileum.

Bei dem in Rede stehenden Kranken handelte es sich um eine Aorteninsufficienz auf dem Boden einer subacuten Endocarditis und schwere Compensationsstörung des Herzens (Anasarca, Ascites, Stauungsleber, geringe Stauungsniere, Stauungscatarrh des Digestionstractus mit geringen Diarrhoen). Da Digitalis, Diuretica sich als völlig unwirksam erwiesen, so wurde Calomel (Calomel 0,1, Opii puri 0,01 4 Mal täglich) ordinirt und durch 6 Tage hindurch verabreicht. Patient erhielt mithin 2,4 Calomel. Während dieser Zeit wurden keine starken Diarrhoen, keine Stomatitis und keine Diurese beobachtet. Nur kurz vor dem Exitus traten blutige Diarrhoen auf.

Sectionsdiagnose (Prosector: Dr. Lange): Endocarditis ac. ulcerosa verrucosa. Insufficienz der Aortenklappen, Hypertrophie und Dilatation vorzugsweise des linken Ventrikels. Allgemeine venöse Hyperaemie der Organe (keine Nephritis). Frische lobuläre Pneumonie. Im Magen fanden sich zahlreiche oberflächliche catarrhalische Geschwüre, welche augenscheinlich durch Einwirkung des Magensaftes auf die auch sonst noch vielfach vorhandenen Ecchymosen entstanden waren. Fast das ganze Jejunum und Ileum zeigte eine diffuse vorzugsweise an den Falten am stärksten ausgebildete Nekrose der Schleimhaut. Im Colon analoge Veränderung, nur in wesentlich geringerem Masse.

Hinsichtlich der Localisation der Schleimhautnekrose hätte man an urämische Nekrose der Darmmucosa denken können (Grawitz), da sich die mercuriellen Veränderungen in Fällen tödtlicher Quecksilbervergiftung ähnlich den dysenterischen hauptsächlich im Colon abspielten und von unten nach oben an Intensität abnehmen, während im gegebenen Falle gerade das umgekehrte Verhalten gefunden wurde.

Andererseits zeigte aber weder der Urin bei Lebzeiten des Patienten die geringste Spur einer Nephritis, noch bot die Obduction irgendwelche Anhaltspuncte für die Annahme einer Harnresorption oder Harnstoffretention im Organismus. Da augenscheinlich wegen der darniederliegenden Resorption seitens des Darmes in Folge chronischer Stauungszustände desselben kein Calomel resorbirt wurde, worauf das Ausbleiben einer Stomatitis und jeglicher Calomeldiurese und das relativ gesunde Verhalten der Nieren bei der Obduction hindeuten würde, so sind wir berechtigt anzunehmen, dass das per os verabreichte Calomel gleichzeitig wegen ausbleibender stärkeren Diarrhoen im Darme aufgespeichert werden musste und so zur Verätzung der Schleimhaut führte. Die vorwiegende Localisation der Nekrose im Dünndarm erklärt sich durch die Ueberlegung, dass infolge fortgesetzter Verabreichung des Medicaments dasselbe am reichlichsten im Dünndarm vorhanden sein musste.

Bei den meisten Fällen tödtlicher Hgvergiftung handelt es sich um einen entgegengesetzten Vorgang. Hier pflegt das Hg nach vorausgegangener Resorption wieder in den Darm, in specie das Colon ausgeschieden zu werden und erklärt sich dadurch das Freibleiben des Dünndarm von jeglicher Nekrose. (Autoreferat.)

Schmitz möchte über 2 Puncte nähere Auskunft haben: a) In seinem Vortrage erwähnt Redner, dass leider eine mikroskopische Untersuchung der Faeces nicht gemacht worden sei. Welches differentialdiagnostisch wichtige Bild kann bei mikroskopischer Untersuchung in solchen Fällen erwartet werden? b) Hebt Vortragender hervor, dass Calomel wegen der ätzenden Wirkung contraindicirt sei. Wie steht es dann aber mit der Anwendung des Calomel als Heilmittel, welches besonders in der Kinderpraxis eine weite Verbreitung findet?

Westphalen: Bei Darmcatarrhen muss man stets bestrebt sein, den Sitz der Affection möglichst genau zu localisiren, wozu die mikroskopische Untersuchung wichtige Aufschlüsse zu geben im Stande ist. Das Vorhandensein von grösseren oder geringeren Mengen Schleim, die Beschaffenheit desselben, ob er gallig gefärbt, homogen mit dem Darminhalte vermengt ist u. s. w. gestatten uns Schlüsse in Bezug auf den Sitz des Leidens zu thun. Auch was die Resorptionsverhältnisse anbetrifft, kann uns die Untersuchung des Darminhaltes Aufschluss geben. Finden wir z. B. wie beim amyloiden Darm die Nahrungsbestandtheile fast unverändert, im Filtrate Albumen, Peptone und viel Fett, so müssen wir daraus den Schluss ziehen, dass die Resorption stark geschädigt ist. Selbstverständlich sind solche Schlüsse nur annähernd richtig. In Beantwortung der 2. Frage bemerkt Herr W., dass die Darreichung des C. als Heilmittel bei Darmcatarrhen eine wesentlich andere ist. Als Diureticum wird C. in grossen Dosen zugleich mit Opium verabfolgt. Zur «desinficirenden» Wirkung im Darme kommen aber bekanntlich kleine Dosen zur Verwendung. Wird C. als Abführmittel in grösseren Dosen gereicht, so giebt man dabei kein Opium, es kann in Folge dessen das C. schneller ausgeschieden werden, noch bevor grössere Mengen desselben zur Resorption gelangen.

Schmitz: In der Kinderpraxis verordnet man gewöhnlich 0,01 zweistündlich oder 0,1 pro die, häufig auch mit Opium. Für den Erwachsenen würde das 0,5 pro die ausmachen; eine Dosis, welche der von W. verabfolgten gleichkommt.

Westphalen: Es war im gegebenen Falle 0,4 pro die und zwar 6 Tage lang verabfolgt worden; auf den Zusatz von Opium muss besonderes Gewicht gelegt werden.

Moritz hebt gleichfalls hervor, dass wenn eine diuretische Wirkung des C. eintreten soll, dasselbe nicht abführend wirken darf.

Schmitz glaubt demnach W. so verstehen zu müssen, dass bei Compensationsstörungen mit Stauungserscheinungen im Darm nicht Calomel überhaupt, sondern nur grössere Gaben desselben contraindicirt sind.

Moritz: Das Calomel ist ohne Frage ein schätzenswerthes Mittel, doch treten dann und wann auch schlimme Folgen auf. Gerechtfertigt ist der Gebrauch desselben als Diureticum dennoch, da es sich meist um verzweifelte Fälle handelt, bei welchen andere Diuretica schon nichts mehr geholfen haben.

Nissen scheint die Acidität des Magensaftes nicht irrelevant bei der Aetzwirkung des C. zu sein. Bei bestehender Hyperacidität können leicht grössere Mengen des C. gelöst und resorbirt werden.

Westphalen: Der referirte Fall spricht zu Gunsten der soeben von Herrn Nissen geäusserten Anschauung. Der Kranke klagte allerdings über saures Aufstossen. Die Ecchymosen sind bestimmt durch das Calomol hervorgerufen und können nicht als postmortale aufgefasst werden. Für die traditionelle Vermeidung gleichzeitiger Verabreichung von Calomel und Säuren spec. der Salzsäure findet W. keine genügende Erklärung, da die als verdünnte Salzsäure in den Magen eingeführten Quantitäten im Vergleiche mit der im Magensaft vorhandenen freien Salzsäure doch nur minime sein können.

Kallmeyer: In neuerer Zeit, von italienischer Seite (Jovane) angestellte Versuche widersprechen der alten Anschauung von der Einwirkung der Salzsäure auf Calomel. Im Reagenzglase bildet sich aus C. bei Zusatz von Salzsäure kein Sublimat. Auch Versuche an Kindern, welchen C. gleichzeitig mit Salzsäure verabfolgt wurde, wiesen keine Vergiftungserscheinungen, Durchfälle etc. auf.

Moritz: Wie so manches Axiom, so wird auch die Contraindication der Salzsäure bei Calomelgebrauch von früheren Zeiten her weitergeschleppt, bis gute und zuverlässige Untersuchungen die irrige Annahme widerlegen werden.

Serck erinnert sich eines Falles, wo bei einer Erwachsenen, welche viel saure Limonade (морсъ) trank, nach einer Gabe von 0,3 Calomel eine colossale Stomatitis auftrat.

Petersen erwähnt eines Falles, welchen er secirt hat, bei welchem nach gleichzeitigem Gebrauch von Calomel

und Salzsäure Excoriationen der Magenschleimhaut gefunden wurden.

Nissen: Die Chemiker behaupten, dass Calomel durch Säure nur wenig angegriffen wird. wir Aerzte müssen aber eine Einwirkung der Salzsäure auf Calomel im Organismus zugeben. Sehr wahrscheinlich ist es daher, dass verschiedene vitale Verhältnisse im Organismus zur Geltung kommen, wodurch die Wirkung der Salzsäure erhöht wird, Momente, welche im Reagenzglase nicht vorhanden sind. Die bekannte Idiosyncrasie gegen Calomel kann möglicher Weise auf solchen Vorgängen beruhen.

Petersen ist auch der Ansicht, dass die am Präparat sichtbaren Verschorfungen auf Quecksilberwirkung zu beziehen sind. Ausser Idiosyncrasien giebt es verschiedene Kranke mit Herzfehlern, Tuberculose etc., welche Calomel schlecht vertragen. Es ist daher rathsam, lieber mit kleinen Dosen anzufangen. Ausserdem kann durch Bestimmung des Qu. in den Faeces und im Harn controllirt werden, wie viel Qu. vom Organismus resorbirt worden ist.

Moritz: Die im Falle W. angewandte Dosis ist wohl als die kleinste anzusehen, welche noch einen Einfluss auf die Diurese ausüben kann. Wird mit noch kleineren Gaben angefangen, so kommt man über Versuche nicht hinaus und der Pat. stirbt, noch bevor der gewünschte Effect erreicht worden ist.

2. Kreps spricht über den Catheterismus der Ureteren.

Nach einer genauen Schilderung der Geschichte des Catheterismus der Ureteren und nach Demonstration der Instrumente von Casper, Albarran und Neumann wurden vom Vortragenden folgende Indicationen zum Cat. der Ur. aufgestellt:

I. Der Catheterismus der Ureteren entscheidet in zweifelhaften Fällen, ob Cystitis oder Pyelitis vorliegt. Die Analyse der meisten differentialdiagnostischen Momente zeigt ihre Unzuverlässigkeit unter gewissen Umständen. Es werden 3 Fälle aus eigener Beobachtung angeführt, in denen nur der Cat. d. Ur. die Diagnose ermöglicht hat.

II. Wenn eine Nierenerkrankung sicher vorliegt, so kann man durch den C. d. U. diagnosticiren, welche Niere die kranke sei, oder ob beide krank seien; auch in denjenigen Fällen, wo früher nur die Bloslegung der Niere die Frage entschieden hat.

III. Bei sicherer Erkrankung nur einer Niere vermag meist der C. d. U. den Zustand der anderen Niere festzustellen.

IV. Der C. d. U. eruirt die Existenz eines Hindernisses im Ureter.

V. Der C. d. U. erlaubt die Diagnose der Blasen- und der Harnleiterfistel.

VI. Der C. d. U. ist im Stande bei gynäkologischen und urologischen Operationen die Verwundung des Harnleiters zu verhüten.

VII. Der C. d. U. diagnosticirt die Existenz der 2. Niere. Ein Fall aus eigener Beobachtung wird angeführt.

VIII. Der C. d. U. kann in therapeutischer Hinsicht nützlich sein. Ein Fall aus eigener Beobachtung.

Die Möglichkeit einer Infection ist mit absoluter Sicherheit nicht ausgeschlossen, wer jedoch die Methode gut beherrscht, wird wohl höchst selten einen durch den C. d. U. herbeigeführten Schaden auf seinem Gewissen haben.

Die Thesen wurden durch mehrere Beispiele aus den Beobachtungen verschiedener Autoren illustrirt.

(Autoreferat.)

Eine Discussion fand über diesen Vortrag nicht statt.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 20. Mai 1898.

1. Dr. Mey stellt ein 7monatliches Kind mit hereditärer Lues vor.

2. Dr. Rimscha glaubt in der vorigen Sitzung nicht von allen Anwesenden richtig verstanden zu sein und trägt seine Ansichten über die Nasenspülungen in folgenden Thesen vor:

1) Nasenspülungen werden überaus häufig ohne genügende Indication verordnet.

2) Dieselben sind, wenn nicht regelrecht applicirt, in hohem Grade gefährlich.

3) Unentbehrlich sind Nasenspülungen in der Behandlung der Ozaena.

4) Bei acuten Infectionskrankheiten sind Nasenspülungen nur bei vorhandener Indication anzuwenden.

Dr. Bergengrün: Bei Tumoren oder sonstigen mechanischen Verengerungen der Nase sei mit Spülungen natürlich nichts auszurichten, daher müssten erst diese radical in Angriff genommen werden. dann erst könnten event. secundäre Veränderungen der hinter der Verengerung gelegenen Theile durch Spülungen beseitigt werden, welche bis in den Nasenrachenraum reichen müssten, um wirksam zu sein. Gegen symptomatische Anwendung des Spray's sei sonst nichts einzuwenden, derselbe sei, in aufsteigender Richtung applicirt, nicht gefährlich, aber auch wenig wirksam.

Dr. Bernsdorff deutet auf die häufige Nothwendigkeit der Spülungen bei acuten Infectionskrankheiten (Scharlach bezw. Diphtherie) hin.

Dr. v. Rimscha: Im Allgemeinen seien regelmässige Spülungen als Prophylaxe bei acuten Infectionskrankheiten nicht angezeigt. Wo die Indication dafür vorhanden, müssten sie, lege artis applicirt, in Anwendung kommen.

Dr. Bergengrün: Bei Scharlach bezw. Diphtherie wirken Spülungen oft sehr erleichternd und seien nicht zu entbehren. Bei sorgfältiger Prophylaxe bezüglich der oberen Luftwege glaube Eichhorst in seiner Klinik im Laufe von 10 Jahren eine Abnahme der Larynxcomplicationen bei Typhus abdominalis constatiren zu können.

Dr. Voss: Die Entscheidung, ob prophylactische Spülungen bei acuten Infectionskrankheiten von Nutzen seien, oder nicht, sei schwierig. Wechsel der Frequenz der Complicationen der gleichen Erkrankung bei gleicher Behandlung könne durch den Character der Epidemie bedingt sein. Dass die Spülungen bei wirklicher Betheiligung des Nasenrachenraums den Kranken wesentliche Erleichterung brächten, sei ausser Frage.

3. Dr. v. Bergmann berichtet über eine Resection des Ganglion Gasseri wegen Neuralgie aller 3 Aeste des Trigeminus. (Erscheint im Druck.)

Dr. Dahlfeld weist auf die Nothwendigkeit einer genauen Beobachtung des Auges der resecirten Seite hin. Selbst mit Verlust desselben sei aber eventuell die Befreiung des Kranken von seinen quälenden Zuständen wohlfeil erkauft. Unbedingt nothwendig sei aber eine Orientirung über den Zustand des anderen Auges vor der Operation.

Dr. Bergengrün fragt nach den Resultaten der Operation im Vergleich zu denen der Resection aller 3 Aeste des Trigeminus und nach eventuellen Recidiven nach Resection des Ganglion.

Dr. v. Bergmann: Die Resection des Ganglion sei nur für die allerschwersten Fälle zu reserviren, in denen alle 3 Aeste erkrankt seien und jede andere Therapie sich als wirkungslos erwiesen habe. Die Casuistik sei noch nicht sehr gross, in einigen Fällen sei Resection der 3 Aeste vorher schon vergeblich gemacht worden. Mikroskopische Untersuchungen haben in solchen Fällen anatomische Veränderungen am Ganglion ergeben. Bis jetzt seien bei einer Beobachtungsdauer von 6—7 Jahren keine Recidive zur Beobachtung gekommen. Krause empfehle vor der Operation noch einen Versuch mit Aconitum nitr. Merck, das auch in seinem Falle mit nur sehr geringem Erfolge in Anwendung gekommen sei.

Dr. Schönfeld, der den Kranken Dr. v. B.'s vor der Operation gesehen, befürwortet dieselbe lebhaft. Der Ausfall der motorischen Function der kranken Seite komme nicht in Betracht, da die Kranken sich das Kauen mit der kranken Seite schon längst abgewöhnt haben und derselben hierzu gar nicht bedürften.

Dr. v. Bergmann: Die Vorschläge Dr. Dahlfeld's seien wohl zu berücksichtigen. Sehr zu empfehlen sei der Schutz des Auges der operirten Seite durch Glas, da diese Augen andere feste Verbände schlecht vertragen.

Dr. W. Lieven hat Koch in Dorpat das Ganglion Gosseri mit Erfolg reseciren sehen, nachdem die Resection der 3 Aeste erfolglos gewesen war.

4. Dr. Bornhaupt (als Gast) referirt über einen Fall eines Diverticulum Meckelii bei einem 4½jährigen Kinde. 7 Tage lang Occlusionserscheinungen, doch geht nach Klysmen mehrfach spärlicher Stuhl, auch Winde ab, der Darm von dem 3 querverlaufende, geblähte Schlingen am aufgetriebenen Abdomen zu palpiren sind, collabirt gelegentlich dennoch, um sich später wieder meteoristisch zu blähen. Am 7. Tage Untersuchung in Narkose, darauf Laparotomie (Dr. v. Bergmann): Divertikel der Ileocoecalgegend, mit dem freien Ende, welches perforirt ist, an einen Netzstrang verlöthet, nach oben geschlagen, dadurch Einschnürung einer Darmschlinge. Resection von 27 Cm. Darm, Murphyknopf. Am folgenden Tage exitus. Bei der Section keine Peritonitis, keine Blutung; guter Sitz des Murphyknopfes.

Vortragender giebt einige Bemerkungen zur Genese des Divertic. Meckelii und über die Entstehung der Einklemmung durch dasselbe.

Dr. v. Bergmann: Am Morgen des 7. Krankheitstages habe er den Kranken zum ersten Male untersucht. Da Winde abgingen und der Darm collabirte, habe er noch abzuwarten



beschlossen, bis am Abend meteoristische Steifung des Darmes die Untersuchung in Narkose erforderte, welcher er, als sich in der Ileocoecalgegend ein querverlaufender, wurstförmiger Tumor nachweisen liess, die Operation anschloss. Die Section habe einen ganz negativen Befund ergeben, so dass die causa exitus ganz im Dunkeln bleibe.

5. Dr. v. Broecker (als Gast) referirt über einen Fall von Haematocele anteuterina aus dem städtischen Krankenhause. (Erscheint im Druck.)

Dr. Treymann ist geneigt, die Ursache der H. in diesem Falle in einem Tubenabort zu sehen, gegen dessen Annahme das Vorhandensein der Menses nicht zu sprechen brauche. Dieser Fall gehöre zu den schweren Differentialdiagnosen zwischen Darm- und Adnexerkrankungen, zu deren Casuistik er einige Fälle aus seiner eigenen Beobachtung anführen könne. Im ersten davon wurde in der Annahme einer jauchigen Perimetritis dieselbe eröffnet; Recidiv, Laparotomie; Befund: eitrige Perityphlitis. Im zweiten Falle wurde ein Carcinom des Dünndarms mit einem Tumor des linken Ovariums verwechselt; es lagen keine Darmerscheinungen, nur locale Schmerzen vor. Bei der Laparotomie fand sich eine ausgedehnte Carcinomentwickelung. Darmresection, Heilung, danach bald exitus letalis. Sectionsbefund: erbsengrosse Perforation des Dünndarms 7 Cm. oberhalb der Narbe.

Dr. med. H. Schwartz,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Seine Kaiserliche Hoheit der Grossfürst Konstantin Konstantinowitsch ist in der Würde eines Ehrenmitgliedes der Kaiserl. militär-medicinischen Academie Allerhöchst bestätigt worden.

— Die militär-medicinische Academie hat den Finanzminister S. I. Witte und das Reichsrathsmitglied, Hofmeister Dr. med. N. A. Abasa zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Am 9. December beging der Director des hiesigen Marienhospitals und Oberarzt der chirurgischen Heilanstalt bei der Alexander-Gemeinschaft der Schwestern des Rothen Kreuzes, wirkl. Staatsrath Dr. Eugen Pawlow, ehemaliger Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, das 30jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Am 27. November vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Medicinalinspectors der Institutionen der Kaiserin Maria, Geheimraths Dr. W. Ssutugin. (Narod. — Wr.)

— Der Director und Oberarzt des städtischen allgemeinen Krankenhauses in Riga, Staatsrath Dr. Otto Girgensohn, ist, dem »Rig. Tgbl.» zufolge, krankheitshalber um seine Entlassung vom Amte eingekommen.

— Zum Jubiläum der hiesigen militär-medicinischen Academie werden ausser Prof. Rudolph Virchow noch die Professoren Waldeyer, derzeitiger Rector der Berliner Universität, und v. Bergmann als Vertreter der ebengenannten Universität, sowie der Generalarzt 1. Classe Dr. Grasnick als Repräsentant des deutschen Militär-Medicinalressorts erwartet.

— Befördert: Zum Geheimrath — die Mitglieder des gelehrten militär-medicinischen Comites Professor emer. Iwanowski, Dr. Archangelski und Dr. Tichomirow, Ehren-Leibocultist des Allerhöchsten Hofes. Zum wirkl. Staatsrath — die Oberärzte der Militärhospitäler: in Moskau Dr. Gay; in Tiflis Dr. Skworzow; der Chef der Sanitätsstatistischen Abtheilung der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Dr. Scholkowski und der Oberarzt des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Dr. Duschinkin.

— Ordensverleihungen: der St. Wladimir-Orden 2. Classe — dem Militär-Medicinalinspector des finländischen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Gawrilko. Der St. Annen-Orden 1. Classe — dem Corpsarzt des 9. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Kulaschow. Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — den Professoren der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsräthen Schidlowski und Winogradow.

— Verstorben: 1) Am 30. November in Odessa einer der ältesten und populärsten Aerzte dieser Stadt, Staatsrath Dr. Sigismund Margulies, nach längerer Krankheit im 66. Lebensjahre. Nahezu 45 Jahre hat der Hingeschiedene in Odessa die ärztliche Praxis ausgeübt, anfangs als Ordinator am temporären Militärhospital, dann von 1859 bis zum Lebensende als älterer Ordinator am jüdischen Krankenhause. Dr. M. war auch Ehrenmitglied zahlreicher Wohlthätigkeitsanstalten und langjähriger Schatzmeister der Odessaer ärztlichen Gesellschaft. — 2) Der Arzt der Archangelschen Eisenbahnlinie Dr. Piontkowski im Alter von 37 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1885 die ärztliche Praxis ausübte, hat seine Frau mit 3 unmündigen Kindern und seine alte Mutter ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. — 3) In Moskau am 23. November der Polizeiarzt Alexander Blagoweschtschenski im 35. Lebensjahre.

— Bei der Ober-Militär-Medicinalverwaltung ist der Posten eines zweiten Gehilfen des Chefs der Verwaltung creirt worden, mit denselben Rechten bezüglich des Gehalts und der Uniform, wie sie dem ersten Gehilfen zustehen.

— Der Professor der vergleichenden Anatomie an der Moskauer Universität, Dr. M. A. Mensbier, begiebt sich zu Ostern 1899 ins Ausland behufs Studiums der wichtigeren Museen mit Collectionen für vergleichende Anatomie.

— Der Director des zahnärztlichen Instituts der Universität Heidelberg, Privatdocent Dr. C. Jung ist zum Professor ernannt worden.

— Professor v. Pettenkofer, welcher sich den ihm zur Feier seines 80. Geburtstages zugedachten Ehrungen durch eine Reise in den Süden entzogen hatte, sind nachträglich zahlreiche Beweise der Verehrung von Freunden und Corporationen zu Theil geworden. Vor Allem hat der ärztliche Verein Munchens zur seltenen Feier seines ältesten, berühmtesten und verdientesten Mitgliedes eine künstlerische Ehrengabe dargebracht. Es ist eine in Silber getriebene Platte, auf welcher auf 8 Plaquets die Stätten der Wirksamkeit des Gefeierten dargestellt sind und als Mittelfeld Herakles, die Hydra bekämpfend, welche sich gleich der Seuche aus der Erde erheben will, angebracht ist. Die Umschrift lautet: «Dem Wohlthäter der Menschheit, Max von Pettenkofer, zum 3. December 1818—1898 gewidmet vom Aerztlichen Verein München».

— Der langjährige Assistent an der v. Bergmann'schen Klinik in Berlin, Dr. Friedrich Koenig (ein Sohn des bekannten Directors der chirurg. Klinik an der Charité gleichen Namens) hat sich als Privatdocent für Chirurgie an der Berliner Universität habilitirt.

— Die Moskauer Universität erhält in den nächsten Jahren eine Heilanstalt für Krebskranke, die auf den Namen Morosow's aus Mitteln errichtet wird, welche Glieder der reichen Familie Morosow, die verst. Frau E. J. Benardaki und ein Herr R. Klein gespendet haben. Für den Bau der Anstalt stehen bereits 250.000 Rbl. zur Verfügung. Der Kliniker Prof. Lewschin, welcher die Leitung der neuen Heilanstalt übernehmen soll, wird von der Moskauer Universität im nächsten Sommer in's Ausland abdelegirt, damit sich derselbe dort mit den neuesten Fortschritten und Vervollkommnungen in der Behandlung von Krebskrankheiten bekannt mache.

— Der nächste (XI.) Congress russischer Naturforscher und Aerzte wird im August 1901 in Warschau stattfinden, falls die Warschauer Universität die dazu erforderliche Erlaubniss auswirkt.

— Für den Unterhalt des Odessaer Stadthospitals sind für das nächste Jahr 417,000 Rbl. in Rechnung gestellt worden. Bei der Berechnung dieses Voranschlages ist die Stadtverwaltung von der Voraussetzung ausgegangen, dass dieses Hospital 1300 Betten zu versorgen habe und der Unterhalt eines jeden Bettes 85 Kop. pro Tag kosten werde. Bekanntlich soll ein grosser Theil des Hospitals zum klinischen Unterricht von der künftigen Odessaer medicinischen Facultät benutzt werden.

— Im Hinblick darauf, dass Privatärzte den von einer ansteckenden Krankheit genesenen Schülern häufig den Wiederbeginn des Schulbesuchs vor Ablauf derjenigen Frist gestatten, welche für einen jeden solcher Fälle in den seiner Zeit vom «Prawitelstwenny Westnik» publicirten Regeln festgesetzt worden, wird jetzt allen Privatärzten zur Pflicht gemacht, in den von ihnen den Schülern auszustellenden Zeugnissen über die Genesung von einer ansteckenden Krankheit auch speciell anzugeben, dass der Erkrankte die festgesetzte Isolirungsfrist durchgemacht hat.

— Die Redaction der in ärztlichen Kreisen weitverbreiteten und beliebten «Allgemeine med. Central-Zeitung» (Berlin), welche im nächsten Monat in ihren 68. Jahrgang tritt, macht darauf aufmerksam, dass vom 1. Januar 1899 der Abonnementspreis dieser Zeitschrift von 20 auf 16 Mark pro anno ermässigt wird. Im Umfang und im Charakter des Blattes wird dadurch nichts geändert werden.

— Malaria und gelbes Fieber in Merw (Transkaspigebiet). Das Malariafieber hat, wie dem «Russki Turkestan» aus Merw geschrieben wird, unter der eingeborenen Bevölkerung der Oase Merw ein wenig nachgelassen, dafür sind aber zahlreiche Erkrankungen in der Stadt unter den Europäern aufgetreten. Neuerdings sind dort auch Fälle von gelbem Fieber vorgekommen, die in 3—4 Tagen lethal verlaufen. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Dec. d. J. 8372 (159 mehr als in d. Vorw.), darunter 664 Typhus — (33 mehr), 841 Syphilis — (3 wen.), 132 Scharlach — (7 wen.), 137 Diphtherie — (24 wen.), 57 Masern — (6 wen.) und 6 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. November bis 5. December 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
343	277	620	127	37	84	12	16	23	48	63	57	56	51	27	18	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 5, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 72, Erysipelas 5, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 34.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 22. December 1898.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. December 1898.



ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ на 1899 годъ.

ЖУРНАЛЪ
РУССКАГО ОБЩЕСТВА
ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ

Допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ библіотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

«Журналъ» выходитъ ежемѣсячно, книжками отъ 5 до 7 печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія.—II. Отчеты о засѣданіяхъ отдѣловъ и секцій Общества: 1-й—біологической, 2-й—статистической, эпидеміологической и медицинской географіи, 3-й—общественной и частной гигіены, 4-й—гигіены дѣтскаго и школьнаго возрастовъ, 5-й—бальнеологіи и климатологіи.—*III. Научныя корреспонденціи.— IV. Рефераты* о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы,—по біологіи,статистикѣ,эпидеміологіи,гигіенѣ бальнеологіи и климатологіи.— *V. Критика и библіографія.— VI. Хроника.— VII. Частныя объявленія и публикаціи.— VIII. Приложенія.*

Въ **Приложеніи** къ *Журналу*, между прочимъ, помѣщены въ 1893—1898 гг.
«Сравнительная статистика населенія: (смертность)» *проф. Янсона.* «Журналы засѣданій Московск. Гигіен. Общества», «Отчеты Спб. город. санит. коммисіи» за 1892—1896 гг., «Отчеты Спб. гор. лабораторіи» за 1892—1897 гг.
«Врачебныя учрежденія С.-Петербурга, д-ра *А. Липскаго.* «Молоко Спб. коровъ», д-ра *Архангельскаго.* «О санитарномъ надворѣ за пищевыми продуктами въ Спб.», «Чертежи къ проекту участковой земской больницы», проф. *А. А. Веденяпина.* «Дѣтскія лечебныя колоніи въ Варшавѣ», «Труды коммисіи по вопросу о водоснабженіи г. Тулы», «Очеркъ развитія дѣтскихъ лечебныхъ колоній въ Россіи и за границей», д-ра *М. Д. ванъ-Путеренъ*, «Матеріалы по оспопрививанію въ Россіи» «Ривьера» сочин. д-ра *Гробнеръ* и мн. друг.

Подписная цѣна въ годъ 4 руб. съ доставкою и пересылкою.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: *въ С.-Петербургѣ*: въ канцеляріи Общества охр. нар. здравія: *С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15*, и въ книжныхъ магазинахъ: *Риккера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина* и др. «Журналъ» можетъ быть высланъ наложеннымъ платежемъ.

Плата за объявленія—*за одинъ разъ: за страницу* 10 *рублей, за* ½ *страницы* 7 *руб., за* ¼ *страницы* 4 *руб. Объявленія впереди текста на* 25% *дороже.*

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ.

Экземпляры «Журнала» за предыдущіе годы по **3** рублей съ пересылкой.

Контора Журнала помѣщается въ канцеляріи Р. Общества охр. народн. здравія: С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15. Контора редакціи открыта ежедневно, исключая праздниковъ, отъ 6 до 8 часовъ вечера.

Редакторъ **А. А. Липскій**

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16. Qu. 10.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Берта Федоровна Панова, Фурштадтская ул. д. 45, кв.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau **AmalieSchulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Дозв ценз. Спб. 12 Декабря 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.

IV г. ОТКРЫВАЕТСЯ ПОДПИСКА 1899 г.

НА ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА и ГИГІЕНА",

И ДВУХНЕДѢЛЬНОЕ ИЗДАНІЕ

II г. „ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ" 1899 г.

издаваемые и редактируемые профессоромъ **М. И. Аѳанасьевымъ.**



Вступая въ 4-й годъ изданія журнала «*Современная Медицина и Гигіена*» и во 2-й годъ изданія «*Терапевтическій Вѣстникъ*», Редакція считаетъ своимъ нравственнымъ долгомъ прежде всего поблагодарить товарищей-врачей, которые такъ сочувственно отнеслись къ обоимъ изданіямъ и на столько дружно поддержали ихъ, что существованіе, дальнѣйшее развитіе и совершенствованіе названныхъ изданій стали вполнѣ на прочную почву. Редакція надѣется, какъ въ этихъ изданіяхъ, такъ и въ приложеніяхъ къ нимъ, давать въ руки врачей такія современныя, оригинальныя или переводныя, руководства, монографіи и статьи, которыя были бы существенно полезны имъ на различныхъ поприщахъ дѣятельности: врача-практика, врача-санитара, врача-эксперта и пр.

Въ отдѣлѣ *оригинальномъ* журнала «Современная Медицина и Гигіена» будутъ помѣщены: «Руководство къ судебной психіатріи». Для врачей и юристовъ. Проф. **И. Г. Оршанскаго**, нѣсколько **лекцій Редактора** по клинической микроскопіи и бактеріологіи и по клиникѣ внутреннихъ болѣзней, и наконецъ «**Обзоры и новости медицины**» съ извѣстнымъ уже читателямъ характеромъ.

Изъ *переводныхъ* сочиненій назовемъ нижеслѣдующія: Проф. **Fournier** (Парижъ). Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса. Съ предис. проф. **В. М. Тарновскаго**. Переводъ дальнѣйшихъ выпусковъ. Начало этого сочиненія помѣщено въ концѣ этого года.—Проф. **Ahlfeld**. Руководство къ акушерству. Составлено съ цѣлью научно-практическаго усовершенствованія врачей и студентовъ. Перев. со 2-го изд. Съ предис. проф. **Д. О. Оттъ**. Болѣе 250 рис.—Проф. **Moritz** (Мюнхенъ). Основы питанія больныхъ (діэтетика). 21 лекція (съ 2-мя таблиц.).—Проф. **E. Brissaud** (Парижъ). Гигіена и леченіе астматиковъ.—Проф. **Proust и Mathieu** (Парижъ). Гигіена и леченіе тучныхъ.—Проф. **Robin**. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней — будутъ печататься слѣдующіе выпуски (7 и 8-й) этого замѣчательнаго сборнаго труда извѣстнѣйшихъ французскихъ клиницистовъ.—Проф. **Glax**. Бальнеографія. Съ прим. и дополн. о русскихъ курортахъ, климатич. станціяхъ и пр. Д-ра **М. М. Гальберштама**.—Проф. **Albert**. Учебникъ частной хирургіи (съ 389 рис.). Томъ 2-й и послѣдній.

Кромѣ того, Редакція печатаетъ отдѣльными изданіями съ уступкой для подписчиковъ въ 20% слѣдующія книги: Проф. **Heim**. Руководство къ способамъ изслѣдованія бактерій и распознаванію ихъ. Перев. со 2-го нѣм. изд. Около 200 рис., частію фото-литографическихъ.—Проф. **Weichselbaum**. Ученіе о чужеядныхъ (бактеріяхъ и животныхъ паразитахъ). Съ 78 рис. Изъ сборнаго руководства по гигіенѣ *Weyl*'я. Оба послѣднія сочиненія будутъ снабжены предисловіемъ Проф. **М. И. Аѳанасьева и примѣчаніями его** же и Д-ра **М. А. Раскиной**.—Проф. **Hüppe** (Прага). Руководство по гигіенѣ. Около 200 рис.—Д-ръ **Bum**. (Вѣна). Руководство къ массажу и лечебной гимнастикѣ. Пер. со 2-го изд. Около 130 рис. Съ предис. проф. **В. А. Штанге**.

„ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ"

посвящается обзору успѣховъ терапіи по всѣмъ медико-хирургическимъ спеціальностямъ и терапевтической гигіенѣ.

Программа этого журнала слѣдующая:

I. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ врачеванія.—II. Новыя врачебныя средства.—III. Новые способы леченія.—IV. Новые лечебные приборы и инструменты (съ рис.).—V. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, бальнеографіи, климатотерапіи, пнеймотерапіи, механотерапіи (массажъ и гимнастика), электротерапіи и рентгенотерапіи.—VI. Рефераты по всѣмъ медикохирургическимъ спеціальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, нервнымъ болѣзнямъ и психіатріи, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, дѣтскимъ болѣзнямъ, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани и уха.—VII. Изъ засѣданій русскихъ медиц. обществъ и съѣздовъ.—VIII. Изъ засѣданій иностранныхъ медиц. обществъ и конгрессовъ.—IX. Библіографія и рецензіи.—X. Рецептныя формулы и діэтетическія указанія.—XI. Практическія замѣтки.—XII. Научная хроника и смѣсь. Объявленія.

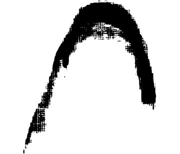
Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на «**Современную медицину и Гигіену**» 10 руб., и безъ пересылки 9 руб. Допускается разсрочка: при подпискѣ 5 руб. и въ маѣ 5 руб. или: при подпискѣ 4 руб., въ маѣ 3 руб. и въ сентябрѣ 3 руб. —Оставшіеся экземпляры журнала за 1896, 1897 и 1898 гг. можно получать по 10 руб. безъ пересылки.

Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на «**Терапевтическій Вѣстникъ**» 5 руб., безъ доставки 4 руб. 50 коп. Допускается разсрочка: 3 руб. при подпискѣ и остальные 2 руб. (1 руб. 50 коп.) въ маѣ. Оставшіеся экземпляры за 1898 г. можно получать за 5 руб. безъ пересылки.

Подписывающіеся одновременно на «*Соврем. Мед. и Гигіену*» и «*Терапевт. Вѣстн.*» платятъ вмѣсто 15 руб. только 13 руб. съ доставкой и пересылкой и 12 руб. безъ доставки, причемъ допускается разсрочка 5 руб. при подпискѣ, 5 руб. въ маѣ и остальные 3 руб. (2 руб.) въ сентябрѣ.

Подписка принимается въ **Конторѣ Редакціи «Современная Медицина и Гигіена»: Литейный просп., № 33.**

Подписчики на журналъ «*Соврем. Мед. и Гигіена*» и на «*Терапевт. Вѣстн.*» *пользуются 20 проц. уступки* при покупкѣ *въ Конторѣ редакціи (Литейный пр., 33)* всѣхъ ея изданій.





XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den **geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, 19. (31.) December **1898**

Inhalt: Otto Hohlbeck: Ueber Nierenverletzungen und ihre Behandlung. — Referate: Prof. Krönlein: Neuere Erfahrungen in der Magenchirurgie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Dr. R. Koch: Aerztliche Beobachtungen in den Tropen. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber Nierenverletzungen und ihre Behandlung.

Von

Otto Hohlbeck,

Assistenzarzt an der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem X. livländischen Aerztetage.)

Die Nierenverletzungen gehören zu den seltneren Erkrankungen des menschlichen Körpers. Nach den Berechnungen von Küster betragen dieselben unter allen chirurgischen Erkrankungen der Nieren 7,81 pCt., unter sämmtlichen Erkrankungen des Körpers 0,03 pCt. Theilt man die Nierenverletzungen in subcutane und percutane ein, so stehen, was ihre Häufigkeit anbelangt, die subcutanen Verletzungen, mit denen man es in Friedenszeiten fast ausschliesslich zu thun hat, obenan, dann folgen von den percutanen die Schussverletzungen und zuletzt kommen die Stich- und Schnittverletzungen, die von allen Autoren als grosse Seltenheit bezeichnet werden. In der Literatur sind bis jetzt nur 43 Fälle bekannt.

In der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga sind im Laufe der letzten acht Jahre im Ganzen 14 Nierenverletzungen beobachtet worden, 12 davon waren subcutane, zwei Stich- resp. Schnittwunden der Niere, letztere fielen in die Jahre 1896 und 1897, zu einer Zeit wo in Riga ganz besonders viele Messerverletzungen vorkamen. — In dem grössten Theile dieser Fälle handelte es sich um kräftige junge Männer im Alter von 18—38 Jahren, nur drei Patienten hatten das 50. Jahr überschritten. Das weibliche Geschlecht ist nur einmal vertreten; auf dasselbe kommen 6,02 pCt. aller Nierenverletzungen, welcher Umstand durch die grösseren Gefahren ausgesetzten männlichen Berufsarten, theilweise aber, nach Küster's Anschauung, durch die Verschiedenheit des Körperbaues und der Kleidung zu erklären ist. Die Nieren sollen beim Weibe einen grösseren Schutz durch die breit auslaufenden Darmbeinkämme und das darüber gelagerte Fettpolster einerseits und die vielen übereinander getragenen Röcke andererseits finden.

Was die Entstehungsursachen der subcutanen Nierenverletzungen anbetrifft, so haben wir drei Mal die Verletzung durch indirecte Gewalt, Sturz aus der Höhe, und neun Mal durch directe Gewalt, Ueberfahrenwerden, Schlag und Stoss in die Seite, entstehen sehen. In fünf Fällen bestand eine Fractur der unteren Rippen, auf der der Nierenverletzung entsprechenden Seite. Dieser Umstand lässt einen unwillkürlich an einen aetiologischen

Zusammenhang der Rippen- und Nierenverletzung denken. Küster, Tuffier u. A. nehmen an, dass es sich bei der Entstehung der Nierenrupturen um eine plötzliche Adduction der unteren Rippen gegen die Wirbelsäule handelt. Die Niere wird dabei gegen die Wirbelsäule gepresst und durch innere Sprengwirkung zum Platzen gebracht. Sind die unteren Rippen fracturirt und die Niere somit eines Theiles ihres natürlichen Schutzes beraubt, so kann eine einwirkende Gewalt die Niere directer treffen. — Güterbock u. A. nehmen eine Praedilection der rechten Niere für subcutane Verletzungen an, in unseren Fällen ist die rechte Niere sechs Mal, die linke fünf Mal afficirt gewesen.

Die Symptome der subcutanen Nierenverletzungen theilt man am Uebersichtlichsten nach Le Dentu in allgemeine, locale und entfernte ein. Zu den allgemeinen Symptomen gehören: Uebelkeit, Singultus, Erbrechen, Chock, Anaemie; zu den localen: Schmerz, Ecchymosenbildung in der Lumbalgegend und die Bildung einer Blutgeschwulst. Unter die entfernten Symptome werden gerechnet: die Haematurie, Ecchymosenbildung in der Inguinal-, Scrotal und inneren Schenkelgegend und die irradiirten Schmerzen in den Hoden, an der Peniswurzel und im Perinäum. — Von den allgemeinen Symptomen ist in unseren Krankengeschichten der Chock vier Mal und Erbrechen, als selbstständiges Symptom ohne Chock nur drei Mal beobachtet worden. Bereits Hochenegg und Maas haben, im Gegensatz zu Le Dentu und Güterbock, darauf hingewiesen, dass der Chock durch die Contusion des Unterleibes zu erklären wäre und nicht als pathognomonisch für die Nierenverletzung an sich anzusehen sei. Letzteres gilt auch vom Erbrechen, welches in den Fällen, wo es vorkommt, auf eine Reizung resp. Laesion des Peritoneums zurückzuführen ist. Singultus ist in einem Fall, der in schwerem Chock ankam beobachtet worden. — Der primäre Schmerz in der Nierengegend ist das constanteste Symptom, welches die subcutanen Nierenverletzungen begleitet, man wird ihn wohl kaum in einem Fall vermissen. Zum Unterschied von anderen, in Folge einer Nierenverletzung in Verlauf derselben auftretenden Schmerzen, strahlt der primäre Schmerz höchst selten aus. Seine durchschnittliche Dauer beträgt 14—20 Tage. Irradiirende Schmerzen in den Oberschenkel, das Perinäum und den Hoden mit Retraction derselben, die von einigen Autoren als charakteristisch für Nierenverletzungen angegeben werden, haben wir nicht beobachtet. Auf ihren Zusammenhang mit den, in Folge von Verstopfung des Ureters durch Blutcoagula entstehenden, Nierenkoliken wies als erster Simon hin, später ist diese Annahme von den meisten Beobachtern bestätigt worden. — Neben dem primären Lendenschmerz ist es die Blutung in ihren verschiedenen Formen, welche zu den Cardinalsymptomen einer subcutanen Nierenverletzung gehört. Die Blutung kann sich in dreifacher Weise manifestiren: es kann zur Bildung eines perirenalen Blutergusses kommen, es kann Haematurie auftreten und drittens kann sich das Blut bei Verletzung des Bauchfelles in die Peritonealhöhle ergiessen. — Der Bluterguss in das perirenale Gewebe bildet sich meistens schon in den ersten Stunden nach der Verletzung aus, selten tritt er später auf. Er ist percutorisch aus der durch ihn erzeugten Dämpfung in der betreffenden Lendengegend zu constatiren, palpatorisch gelingt es eine vermehrte Resistenz oder einen vollständig abgrenzbaren Tumor zu fühlen. Die von französischen Autoren Dumenil etc. beobachteten Blutsenkungen an der vorderen Fläche des Oberschenkels und in der Leistenbeuge gehören jedenfalls zu den selteneren Erscheinungen, meistens ist es die Haematurie allein, durch die sich der Bluterguss nach aussen hin manifestirt. Nach Edler tritt Haematurie in 76,9 pCt. aller Fälle von subcutanen Nierenverletzungen auf, sie fehlt nur dann, wenn es sich um eine Abreissung des Ureters oder um eine Verstopfung des Lumens desselben durch Blutcoagula handelt. Gewöhnlich tritt im ersten nach der Verletzung entleerten Harn bereits das Blut auf, dazwischen aber erscheint dasselbe erst einige Tage nachher, entweder ohne äussere Veranlassung oder nach einer unvorsichtigen Bewegung, einem starken Hustenanfall, schwerer Defaecation. Es handelt sich im ersten Falle um allmähliches Durchsickern des Blutes aus der circumrenalen Zone in's Nierenbecken, oder im zweiten Falle um die plötzliche Lösung eines Thrombus. Durch letzteres Ereigniss lässt sich auch das Wiederkehren der Blutung im Verlauf der Verletzung erklären. Durchschnittlich dauerte in unseren Fällen die Haematurie acht Tage, im Minimum hielt sie zwei Tage, im Maximum dreizehn Tage an. — Der dritte und gefährlichste Weg, den die Blutung einschlagen kann, ist durch einen Riss im Peritoneum in die Bauchhöhle, jedoch gehört dieses Ereigniss zu den grössten Seltenheiten und wird hauptsächlich bei Kindern beobachtet, wo das Peritoneum der Niere directer ohne Interposition eines dickeren Fettzellgewebes anliegt. — Laesionen des Bauchfelles begleiten ausnahmslos die die Nierenverletzungen complicirenden Verletzungen der anderen Unterleibsdrüsen.

Von den Complicationen, die im Verlauf von Nierenverletzungen auftreten, sind die Nieren- und Blasenkoliken durch Verstopfen der Ureteren resp. der Urethra im Ganzen recht häufig, in unseren Krankengeschichten finden wir sie nicht verzeichnet. Reflectorische Oligurie bestand fast in allen Fällen. — Die Symptome der beiden von uns beobachteten Fälle von Stichverletzungen der Niere deckten sich vollständig mit denjenigen der subcutanen Nierenverletzungen. Die äussere Wunde befand sich beide Male in der Lumbalgegend. Ausfluss von Urin aus der Wunde wurde nicht beobachtet, die Blutung nach aussen war mässig.

Von den zwölf von mir zusammengestellten Fällen subcutaner Nierenverletzungen verliefen drei tödtlich. Es handelte sich alle Male um schwere Complicationen, Ruptur der Milz im ersten, complicirte Fractur des Unterschenkels, Fractur des Humerus und mehrerer Rippen im zweiten, und Ruptur der Leber im dritten Falle. Die übrigen acht Fälle, theilweise mit leichteren Verletzungen, wie Fract. von Rippen vergesellschaftet, nur in zwei Fällen handelte es sich um schwerere Complicationen, Fractura baseos cranii resp. Wirbelfractur, verliessen nach 14 bis 43 Tagen genesen das Krankenhaus. Die Durchschnittsheilungsdauer betrug 27 Tage, die mit der analogen anderer Statistiken übereinstimmt. Die beiden Stichverletzungen hatten gleichfalls einen günstigen Ausgang. Der eine Patient verliess nach 27 Tagen, der andere, bei dem es sich um Complication mit perforirenden Thoraxstichen gehandelt hatte, am 45. Tage geheilt das Krankenhaus. — Vereiterung der subcutanen Nierenverletzungen haben wir nicht beobachtet. Grawitz hat unter 108 Fällen 57 Mal Eiterung auftreten sehen. Güterbock betont die geringe Tendenz der subcutanen Nierenverletzungen in Eiterung überzugehen, trotz der vielen Infectionsgelegenheiten, unter denen er der Infection durch Hautlaesionen in der Nierengegend eine wichtige Rolle beimisst. — Einer Verlaufseigenthümlichkeit, die in einer unserer Krankengeschichten verzeichnet ist, sei hier noch Erwähnung gethan, das ist die Nephritis traumatica. Es handelt sich in den Fällen, wo sie auftritt, um jugendliche Individua, die gewöhnlich durch Sturz aus der Höhe verunglückt, alle Symptome einer Nierenverletzung zeigen und bei wel-

chen die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins neben Blut, Eiweiss, granulirte, hyaline und Epithelialcylinder aufweist. Rasch auftretende Oedeme sind von einigen Autoren beobachtet worden. Holz meint, man habe es in solchen Fällen mit einer traumatischen parenchymatösen Affection des Organs zu thun.

In Bezug auf die Diagnose der subcutanen Nierenverletzungen ist eine wesentliche Scheidung zwischen complicirten und uncomplicirten Fällen einzuhalten. Von den uncomplicirten Fällen starben nach Küster 30,18 pCt., von den complicirten 91,6 pCt. Der Tod durch Verblutung trat in 140 von Foy zusammengestellten Fällen 28 Mal ein, jedoch ist an dem von allen Autoren übereinstimmend angegebenen Satz festzuhalten, dass bei subcutanen Nierenverletzungen Blutungen, selbst aus Nierengefässen erster Ordnung durch spontane Thrombenbildung zum Stillstand kommen. Letztere Thatsache ist für die Therapie von grösster Bedeutung. Die Prognose der Stichverletzungen ist bedeutend günstiger als die der subcutanen. Auf die complicirten Fälle kommen bei diesen 23,5 pCt. Mortalität, auf die uncomplicirten 12,9 pCt.

Simon ist der Erste gewesen, der bei percutanen sowohl wie bei subcutanen Nierenverletzungen ein operatives Verfahren proponirt hat. Von ihm stammt der Ausspruch, dass die Chirurgen zwar vor fast hoffnungslosen Unterbindungen, wie der des Truncus anonymus oder gar der Aorta, keineswegs zurückschrecken, dagegen die Kranken mit zerrissener Nierenarterie sich zu Tode bluten lassen. Er stellt eine stärkere primäre resp. secundäre Blutung als vitale Indication für ein actives Vorgehen auf, d. h. die Niere bloszulegen, die Gefässe des Nierenstieles zu unterbinden und die Niere zu exstirpiren. — In neuerer Zeit sind es namentlich Kehr, Keen, Rein und Küster, die dem primären operativen Vorgehen das Wort reden. Küster hält in jedem Fall schwererer Blutung den probatorischen Lendenschnitt zur Freilegung und Untersuchung der betreffenden Niere für indicirt. Von dem Grade und der Art der Verletzung wird es dann abhängen, ob man sich mit der Tamponade der Nierenwunde begnügt, die Nierennaht macht, durch's Anlegen langer Klemmen, nach dem Vorschlage Le Dentu's die Blutung stillt, oder eine partielle Nierenresection nach Kümmel-Czerny ausführt. In weiteren Fällen wird man sich veranlasst sehen, die Nephrotomie mit nachfolgender Tamponade, oder schliesslich als zuverlässigstes Verfahren zur Stillung der Blutung die sofortige Nephrectomie zu machen. Nach P. Wagner sind bis jetzt 20 Nephrectomien wegen primärer resp. secundärer Verblutungsgefahr gemacht worden, von denen 6 gestorben sind, d. h. 30 pCt. Güterbock nimmt eine vermittelnde Stellung ein, er lässt eine exspectative Behandlung gelten, räth jedoch bei stärkerer Blutung einzugreifen, dabei aber eine mildere Methode der Haemostase als die Nierenexstirpation, d. h. Tamponade, Nierennaht und Resection, zu versuchen. — Wenn von einer Reihe von Autoren das sofortige Vorgehen bei stärkerer Blutung wegen subcutaner resp. percutaner Nierenverletzungen dem Arzt zur Pflicht gemacht wird, so ist andererseits das exspectative Verfahren von vielen dringend empfohlen. Maas hat als Erster auf Grund klinischer und experimenteller Studien die exspectative Behandlung, namentlich der subcutanen Nierenverletzungen betont. Gegen die Nierenexstirpation sprechen seiner Ansicht nach drei Erwägungen: Erstens steht in den meisten Fällen ohne Kunsthilfe die Blutung selbst aus den grössten Nierenarterien; Zweitens lässt sich der Zeitpunct der Operation sehr schwer bestimmen, weil nach sehr starken, selbst wiederholten Blutungen mit grossem Collaps doch Heilung eintreten kann; Drittens wird es eine Reihe von Nierenzerreissungen geben, bei denen die Unterbindung der Gefässe von dem Lumbalschnitt aus nicht möglich ist. Herzog und Ris sprechen sich gegen das primäre operative Eingreifen aus, man solle mit allen Mitteln eine Niere, die noch functioniren kann, zu erhalten suchen; sie halten die exspectative Behandlung, besonders bei subcutanen Nierenverletzungen für durchaus indicirt. — In den Zusammenstellungen von P. Wagner in Schmidt's Jahrbüchern sind für die Jahre 1895, 1896 und 1897 allein 23 Fälle exspectativ behandelter Nierenverletzungen erwähnt, von denen blos drei tödtlich verliefen.

Somit sehen wir, dass sich in Betreff der Nierenverletzungen zwei entgegengesetzte Richtungen geltend machen, die eine, die das primäre active Vorgehen befürwortet, die andere, welche sich für ein exspectatives Verhalten ausspricht. Es sei mir erlaubt, hier noch einmal diejenigen Momente anzuführen, welche die exspectative Behandlung berechtigt erscheinen lassen. Wie ich es bereits früher hervorgehoben, wird von allen Autoren angegeben, dass selbst die schwersten Blutungen bei subcutanen Nierenrupturen spontan zum Stillstand kommen, die Kranken erholen sich nach schwerem Collaps. Verletzungen des Peritoneums und damit verbundene Verblutungsgefahr sind namentlich bei Erwachsenen höchst selten. Nach Ausheilung ausgedehnter Nierenverletzungen kann secretionsfähiges Nierenparenchym nachbleiben. — Dasselbe gilt auch für die meisten Schnitt- und Stichverletzungen der Niere, nur in den Fällen mit weit klaffenden Wunden mit starkem Urin- und Blutausfluss wird ein rasches operatives Verfahren nöthig sein, in allen übrigen Fällen sollte das exspectative Verfahren versucht werden.

Die im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten 12 Fälle subcutaner und 2 Fälle percutaner Nierenverletzung sind alle exspectativ behandelt worden. Die drei letal verlaufenen Fälle waren mit schweren Verletzungen anderer Organe complicirt und wären wohl durch ein operatives Vorgehen, welches ausserdem wegen des Zustandes der Verletzten nicht ausführbar war, nicht gerettet worden. — Die Behandlung bestand in absoluter Bettruhe, die so lange wie möglich, durchschnittlich 3—4 Wochen durchgeführt werden muss, um Recidive der Blutung, wie wir sie in einem Falle, wo der Patient in einem unbeobachteten Moment aufgestanden war, beobachteten, zu verhüten. Der Leib wurde mit einer breiten Parchentbinde eingebunden, über die noch eine nicht zu fest angelegte Gummibinde kam. Le Dentu räth breite Heftpflasterstreifen auf die kranke Seite zu kleben, wie sie bei Rippenfracturen angewandt werden. Auf die Nierengegend wurde Eis applicirt. In der ersten Zeit namentlich muss strenge Diät beobachtet werden; durch Darreichung von Milch und alkalischen Getränken ist für eine gute Diurese zu sorgen. Da der Durchgang von Kothballen durch das Colon einen mechanischen Reiz auf die Niere ausüben kann, ist der Stuhlgang zu regeln. Küster räth, den Stuhl mehrere Tag lang durch Morphiuminjectionen anzuhalten. Die innerliche Darreichung von Opium verwirft er, da dieselbe den Magen belästigt und bei der oft bestehenden Uebelkeit und Brechneigung alles zu vermeiden ist, was den Magen reizen kann. Gegen die Uebelkeit und das Erbrechen werden Eispillen gegeben. Bei starken Schmerzen wird man zu Morphiuminjectionen greifen müssen. Le Dentu weist jedoch auf die Gefahr einer Morphiumintoxication hin, die durch ungenügende Ausscheidung des Morphiums in Folge der bei Nierenverletzungen dazwischen vorkommenden reflectorischen Anurie resp. Oligurie eintreten kann. Von inneren Mitteln sind noch die früher in ausgiebigem Maasse angewandten Haemostatica, wie Ergotin, Ferr. sesquichlor.,

Tannin zu erwähnen, die jetzt wohl ebenso wenig wie die örtliche Application von Blutegeln in Anwendung kommen werden. — Bei bestehender reflectorischer Urinretention soll catheterisirt werden, wie überhaupt auf eine regelmässige Urinentleerung zu achten ist Selbstverständlich muss der Catheterismus unter Beobachtung peinlichster Asepsis durchgeführt werden. Bei Verstopfung der Urethra durch Blutcoagula und dadurch bedingte Anurie sind die verschiedensten Verfahren proponirt worden, hierher gehören die Aspiration der Gerinnsel mittelst eines Bigelow, oder Absaugen des Blutserums und des Urins mit Hilfe eines Dieu la Foy's, in extremen Fällen ist die Sectio alta gemacht worden. Glücklicherweise kommen solche Verstopfungen sehr selten vor.

Dem Eintritt einer Eiterung ist durch sorgfältige Säuberung der Haut in der Umgebung von Excoriationen bei subcutaner und der Wunden bei percutaner Nierenverletzung, sowie Anlegen eines gut aufsaugenden aseptischen Verbandes bei letzteren, vorzubeugen. — Falls Eiterung constatirt ist, muss natürlich sofort operativ eingeschritten werden. Von der Ausbreitung und Localisation des Processes wird es abhängen, ob man sich blos mit einer Incision begnügt oder zur Nephrectomie resp. Nephrotomie schreiten muss.

Referate.

Prof. Krönlein: Neuere Erfahrungen in der Magenchirurgie. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte 1898 Nr. 14).

Die dem 6. klinischen Aerztetage in Zürich am 11. Mai d. J. gemachten Mittheilungen Krönlein's bezogen sich u. A. auf die Radicaloperation des Magencarcinoms durch Exstirpation. Da der Verallgemeinerung derselben bis jetzt zwei Momente, die grosse Mortalität der Operation und die Spätdiagnose des Leidens, hindernd im Wege stehen, untersucht K. zunächst die gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse nach der Magenresection bei Carcinom. Nach Billroths Generalbericht vom Jahre 1890 belief sich die Zahl der einschlägigen Fälle in seiner Klinik auf 29 mit 55,1 pCt. Mortalität, seitdem ist aber, wie aus den Angaben zahlreicher Chirurgen hervorgeht, die unmittelbare Gefahr der Operation entschieden geringer geworden und starben auch in der Krönlein'schen Klinik von 24 Operirten nur 5 (20,8 pCt.) an den Folgen des Eingriffs innerhalb des 1.—14. Tages. Bemerkenswerth ist dabei, dass von den ersten 4 Operirten 3, von den letzten 20 dagegen nur 2 starben (10 pCt. Mortalität) und ähnliche Aufbesserungen der Operationsresultate wohl bei allen Chirurgen bemerkt worden sind. Von den 19 zunächst geheilten Magencarcinomkranken starben an intercurrenten Krankheiten (1—4 Monate p. op.) 2, an Carcinomrecidiv (im Mittel 506 Tage p. op.) 8 und leben mit Recidiv (im 1. Jahre p. op.) 1, ohne Recidiv 8 (von denen 6 im 1 Jahr p. op., 2 aber im 4. Jahr p. op. stehen). K. stellte bei dieser Gelegenheit auch eine Geheilte vor, an der in seiner Klinik Dr. C. Schlatter vor 9 Monaten die Totalexstirpation des ganzen carcinomatösen Magens (cf. St. Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 5 a. c.) ausgeführt hat und bezeichnet diese kühne und glückliche Operation als einzige und erste in ihrer Art (Pat. isst und trinkt bei zunehmendem Körpergewicht wie eine Gesunde). Nach diesen Erfahrungen dürfte die Billroth'sche Radicaloperation des Magencarcinoms doch eine gesicherte Zukunft haben und das Zutrauen zur Operation derartig wachsen, dass auch das zweite hindernde Moment, die zu späte Erkennung des Leidens, zum weitaus grössten Theile in Wegfall käme; nach K.'s Erfahrungen consultiren nämlich die Kranken den Arzt zu spät und waren z. B. von den die Klinik Aufsuchenden, kaum je der fünfte noch zur Radicaloperation geeignet.

Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. R. Koch: Aerztliche Beobachtungen in den Tropen. Vortrag, gehalten in der Abtheilung Berlin-Charlottenburg der Deutschen Kolonialgesellschaft. Berlin 1898, Verlag von Dietrich Reimer. Ernst Vohsen.

Ausser dem Texasfieber, das der Malaria sehr ähnlich ist und unter den Rinderherden an der ostafrikanischen Küste grosse Verwüstungen anrichtet, hat Koch seine Hauptaufmerksamkeit der Malaria zugewendet. In fesselnder Weise schildert er seine Beobachtungen über den Malariaparasit, den er auf das Genauste in allen Phasen der Entwicklung verfolgt hat. Auch über den Verlauf und die Behandlung der Tropenmalaria, die nicht wesentlich von unserer Tertiana abweicht giebt uns der Verfasser die wichtigsten Aufschlüsse. Sehr interessant ist seine Theorie in Betreff der Uebertragung der Krankheit, und zwar soll dieselbe durch Mosquitos geschehen. Die Malaria inficiert nur während der Nachtzeit, um die Zeit, wo die Mosquitos fliegen. In einigen Gegenden beschränkt sich die Malaria nur auf die Monate, in denen die Mosquitos auftreten. Analog verhalten sich die Tsetse-Krankheit, die unter den Herden Ostafrikas wüthet und durch die Tsetsefliege übertragen wird und die Filaria sauguinis, die ebenfalls durch Mosquitos verbreitet wird. Dabei muss man nicht glauben, dass der Mosquito, nachdem er einen kranken Menschen gestochen hat, direkt den Parasiten mit seinem Saugrüssel einimpft. Hier liegen die Verhältnisse ähnlich wie beim Texasfieber, und zwar überträgt der Mosquito den aufgenommenen Parasit auf seine Eier und die jungen Larven, und erst die nächste Generation inficirt mit Malaria. Die Krankheit kommt nicht gleich nach der Infection zum Ausbruch, sondern das Incubationsstadium beträgt 10—14 Tage.

Wenn man die nöthige Vorsicht übt, Mosquitonetze gebraucht und eventuell Chininprophylaxis anwendet, so kann man sicher darauf rechnen, von der Malaria verschont zu bleiben, wie es Koch an seiner eigenen Expedition gezeigt hat.

Fr. Mühlen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1276. Sitzung am 21. September. 1898.

1. Anders spricht über: Stellungsveränderungen der Wirbelsäule in horizontaler Lage gegenüber verticaler Haltung.

Bis in die jüngste Zeit ging das Streben aller Orten dahin, anormale Stellungen, Haltungen oder Deviationen der Wirbelsäule in verticaler Stellung zu corrigiren. Hiezu diente vor Allem die Suspension, die Anweisung corrigirender Haltungen im Stehen u. dergl. mehr. Es sind diese Verhältnisse so viel behandelt worden, dass sie als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Und doch müssen einen wenige höchst elementare Versuche zum Zweifler an diesem Verfahren, als dem opportunsten, machen.

Ich möchte bei meiner Betrachtung von dem Gesichtspuncte ausgehen, dass ein Mensch in jeder verticalen Stellung, die er einnimmt, in der Lage ist seinen Oberkörper musculär zu fixiren. Ein Experiment, das jeder im Augenblick an sich selbst im Stande ist auszuführen, belehrt über die mächtige Haltungsveränderung der Wirbelsäule, wenn wir den Muskelapparat der unteren Extremitäten und des Beckens zum Zweck des aufrechten Stehens in Action setzen, das Muskelsystem des Rückens aber möglichst erschlaffen. Es tritt die Haltung der Wirbelsäule ein, die wir an der sitzend fixirten Leiche zu beobachten gewohnt sind. Die Wirbelsäule fällt kyphotisch pronirt nach vorn und stützt sich nur auf die Baucheingeweide, resp. gewinnt Halt an dem intraabdominalen Drucke, der durch die elastische Spannung der Bauchdecken gegeben ist.

Eine normale Wirbelsäule mit physiologischen Krümmungen hat relativ viel Halt in sich selbst und bedarf sicherlich geringerer Muskelaction, um aufrecht zu verweilen, als eine seitlich oder anteroposterior gekrümmte anormale. — Dürfen wir nun a priori überhaupt darauf rechnen, in irgend einer verticalen Stellung Muskelaction auszuschliessen? Besonders aber, wenn wir die Wirbelsäule an ihrem oberen Ende, d. h. am Kopfe suspendiren? Wird uns das besonders gelingen, wenn wir es mit reflectorisch spastischen Muskelactionen zu thun haben? Eine Beschäftigung mit diesem Gegenstande führt uns bald dazu, diese Frage zu verneinen.

Es ist nicht zu leugnen, dass ältere und verständigere Patienten durch Willensact im Stande sind, einen grossen Theil von Muskelaction während einer schwebenden oder halbschwebenden Lage aufzugeben, und so einen bedeutenden Ausgleich von etwaigen seitlichen Strömungen, oder von sehr ausgeprägten compensatorischen Krümmungen ihrer Wirbelsäule zu vermitteln. Es ist aber immer nur ein Theil der



fortwirkenden Muskelaction, nie vollständige Erschlaffung. — Von diesen Gesichtspuncten ausgehend darf uns die Thatsache nicht zu sehr Wunder nehmen, dass die geeignet horizontal gelagerte Wirbelsäule meist länger ist, als die suspendirte. Diese Thatsache wird in diesem Augenblicke gewiss nicht allgemein zugegeben werden, auch ist es mir nicht bekannt, dass sich viele die Mühe gegeben haben, dahingehende Messungen anzustellen. In eclatanter Weise bezieht sich dieses auf die kyphotische Wirbelsäule, aber nicht weniger auf die skoliotische.

Das führt mich auf ein Verhalten, das ich gern am Lebenden demonstrirt hätte, wenn dafür hier die physikalische Möglichkeit vorgelegen hätte. Unter Anderem ist es die Nebel'sche Schrägschwebelagerung, an welcher man dieses Verhalten studiren kann, was übrigens der Autor dieser Lagerung nicht gethan hat. Ihm fällt indessen das Verdienst zu zuerst wahrhaft verblüfft gewesen zu sein über das Schwinden von scoliotischen Krümmungen an noch mobilen Wirbelsäulen. Ein solches Verhalten erlaube ich mir Ihnen hier an einigen Modellen zu demonstriren.

Die Thatsache, dass mobile Scoliosen in horizontaler Bauchlage geringer werden, ist allerdings bekannt, — nicht aber bekannt war, dass man sie durch Schrägschwebelagerung zu solcher Umlagerung bringt, dass man sie, wenn noch keine Contractur vorhanden, annähernd zum Schwinden bringen kann. — Wie erklärt sich solche Thatsache?

Ich war bemüht in einer Arbeit aus letzter Zeit nachzuweisen, dass sich compensatorische Krümmungen Kyphotischer in viel höherem Maasse bei geringer horizontaler Distraction ausgleichen, als in Suspension, und dass dementsprechend die Wirbelsäule eine bedeutend längere ist. Ich führe hier als Beispiel eine der angestellten Messungen an. Die Verticaldistanz betrug:

in freier Haltung	32,3
sitzend	31,5
suspendirt	31,8
horizontal (leicht extendirt)	34,3

Somit war die Wirbelsäule in horizontaler Lage 2,5 Cm. länger als in suspendirter. — Warum ist z. B. das spondylitische Kind oft im wachen Zustande vollständig schmerzfrei, während es mit dem eintretenden Schlafe schmerzlich aufschreit? Eine spastische Muskelaction fixirt in wachem Zustande die supra- und infragibbären Abschnitte der Wirbelsäule fest in der Längsrichtung gegeneinander, und wird durch die Muskelaction der ganze Rumpf möglichst immobilisirt, und zwar in einer Stellung, in welcher keine Schmerzhaftigkeit vorhanden ist. Diese reflectorische Muskelaction heben wir während des Schwebens nicht auf, — eher während einer Horizontallagerung mit Immobilisation. — Aber auch der seitlich Verkrümmte fixirt nicht minder die einmal schon vorhandene Rückenhaltung mittels Muskelaction, und es sind sicher nicht nur die rein statischen Verhältnisse der Schwere, welche eine weitere Steigerung der Deviation bedingen, sondern die weiter fortwirkenden myogenen Contracturen. Letzteres bezieht sich in noch höherem Maasse auf die anteroposterioren Krümmungen.

Dass nun diese Muskelactionen während einer Horizontallagerung zur Ruhe gehen, muss uns eine bedeutende therapeutische Handhabe geben. Die seitlichen Krümmungen, welche in freier Haltung und im Schweben, oder beim Stehen im Schede'schen Pelottenapparat, d. h. in den verschiedenen verticalen Stellungen, durch Muskelaction fixirt waren, gleichen sich in horizontaler Lagerung aus, weil die myogene Fixation aufgehört hat. Das beweisen die demonstrirten Modelle. In diesem Sinne gleichen sich auch die compensatorischen Krümmungen am Spondylitiker extragibbär aus und lassen den Gibbus caschiren.

Es war nur meine Absicht auf die etwas überraschende Thatsache aufmerksam zu machen, dass die Wirbelsäule im Liegen meist länger ist als im Schweben, dass sie darum in dieser Lage am leichtesten zu strecken, und dass einer der Hauptfactoren hierbei das Nachlassen der musculären Fixation ist.

(Autoreferat.)

Vortr. erläutert seine Ausführungen durch eine Reihe von Gypsmodellen, welche die Configuration eines scoliotischen Rückens in: freier Haltung, Horizontallage, Suspension und Schrägschwebestellung veranschaulichen. Aus der Betrachtung der Modelle ergiebt sich deutlich, dass die Schrägschwebelage im Sinne einer Ausgleichung der scoliotischen Verkrümmung noch wirksamer ist, als die horizontale Lagerung und die Suspension.

Im Anschluss an diese Demonstration zeigt Vortr. noch zwei, einen redressirten Fall von Pes varus betreffende Modelle: das erste Modell, in Wachs, zeigt die Klumpfüsse des 2 Wochen alten Kindes, das zweite, in Gyps, die durch Operation corrigirten Füsse desselben Kinden im Alter von 9 Monaten. Das erzielte Resultat spricht für die Frühbehandlung.

Discussion.

Schmitz fragt an, in welcher Weise und mit welchem Instrumente die Messungen an den Wirbelsäulen ausgeführt werden?

Anders: Das von mir benutzte, seinerzeit im Langenbeck'schen Archiv beschriebene und abgebildete Instrument, ist ein Linealcirkel mit Millimeter- (resp. Centimeter-) Scala; als feste Puncte bei der Messung gelten: die Vertebra prominens, sowie der Uebergang der Lendenwirbelsäule zum Kreuzbein, resp. der Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels.

Kernig: Das Factum, dass die Verlängerung der Wirbelsäule in Horizontal- und Schrägschwebelage erheblicher ausfällt als in der Suspension, ist durchaus verständlich, aber, wie es scheint, bisher wenig beachtet.

Anders: Ja, auch Nebel hat in dieser Richtung keine umfassenden Messungen angestellt; ich habe zuerst an kyphotischen Wirbelsäulen nachweisen können, dass sie in Suspension nicht länger werden; die Ursache davon liegt nicht nur in der Muskelaction, sondern auch in compensatorischen extragibbären Krümmungen der kyphotischen Wirbelsäule.

Masing: Wird die Nebel'sche Schrägschwebelage nur zum Anlegen des Corsets oder auch direct zu Heilzwecken angewendet? Empfiehlt es sich nicht, die Kinder in dieser Lage systematisch liegen zu lassen?

Anders: In erster Linie werde die Schrägschwebelage zum Eingypsen empfohlen; sie ist auch zu diesem Zweck die ideale Lagerung, aber viel umständlicher als die Suspension und daher in der Hospitalpraxis nur ausnahmsweise anwendbar. Gewiss ist diese Lage auch zum systematischen Liegenlassen sehr geeignet, eventuell im Verein mit Bindenzug.

Schmitz macht auf die physiologischen täglichen Schwankungen in der Länge der Wirbelsäule aufmerksam, welche einen Unterschied von ³/₄ Zoll zwischen Morgen und Abend repräsentiren können.

Anders: Von dem Vorhandensein der Muskelaction, unter deren Einfluss auch die normale Wirbelsäule steht, kann man sich allemal beim Uebergang aus der schlaffen in die stramme Haltung überzeugen, wie auch beim Vergleich des Lebenden mit der Leiche. Von der Haltung der sitzenden Leiche zur strammen Haltung des Lebenden giebt es alle möglichen Uebergänge. Die verkrümmte Wirbelsäule aber steht unter erhöhter Muskelaction, welche die Fixation und Compensation zu besorgen hat. In der Suspension schwindet nun diese erhöhte Muskelaction nicht; sie wird im Gegentheil dabei oft noch stärker; schwindet aber in der Horizontallage.

2. Wladimirow spricht über das Phänomen der Agglutination beim Malleus, welches er in letzter Zeit, im Verein mit den Herren Afanassjew und Fedorowski, im Institut für Experimentalmedicin eingehender zu studiren Gelegenheit hatte. Die Lehre von der Agglutination ist noch relativ neuen Datums; sie hat ihren Ausgang von den unter Pfeiffer's Leitung von Issajew angestellten Beobachtungen genommen (Pfeiffer's Phänomen). Das Phänomen besteht darin, dass pathogene Bacterien, gegen welche ein Versuchsthier immunisirt ist, durch die Einwirkung des Blutserums dieses Thieres, sowohl im Körper desselben, wie auch ausserhalb (im Probirglas) unter gewissen characteristischen Erscheinungen zu Grunde gehen: an Stelle der Bacterien treten eigenthümliche Gebilde, Kügelchen und Klümpchen auf; die Gesammtheit der hierbei direct zu beobachtenden Veränderungen wird als «Agglutination» bezeichet. Diese Agglutination sollte, nach Pfeiffer, dazu dienen echte Cholerabacillen von anderen ähnlichen Vibrionen zu unterscheiden; damit war der Grund zu einer «Serodiagnose» gelegt; von da zur heutigen Serodiagnose (im Sinne Vidal's) war nur noch ein Schritt. Letztere beruht auf der Thatsache, dass das Serum wie des immunisirten so auch des kranken Organismus die Agglutination bewirken kann. Die Serodiagnose des Typhus (Vidal) wird von Vielen anerkannt, von Anderen freilich bestritten. Ferner erwies es sich, dass auch das Blut gesunder Thiere auf verschiedene Bacterien bis zu einem gewissen Grade agglutinirend einzuwirken im Stande ist. Dadurch kam die Lehre von der specifischen, diagnostisch zu verwerthenden Agglutination wieder ins Schwanken. Wl. hat nun manche Einzelheiten der Frage, speciell beim Rotz, eingehend studirt. Die Methoden sind dabei verschieden: für bewegliche Bacterienarten (Cholera, Typhus) eignet sich die einfache qualitative Vermengung der flüssigen Cultur mit dem Serum. Tritt die Agglutination ein, so verlieren die Bacterien dabei alsbald ihre Beweglichkeit, rufen Klärung des vordem trüben Gemisches hervor und sinken zu Boden (sedimentiren). Bei geringem spec. Gewicht der Bacterien gehen aber Klärung und Sedimentirung zu langsam vor sich. Daher zieht Wl. die andere Methode vor:

Die Nährflüssigkeit wird zuerst mit dem Serum gemischt, dann mit den Bacterien beschickt und in den Brutschrank gebracht. Diese Methode ist sehr empfindlich; man erhält dabei die Agglutination bei viel stärkerer Verdünnung als bei der ersten Methode. Wl. erhielt z. B. Agglutination von Rotzbacillen durch Serum gesunder Pferde in Verdünnungen von 1:200 — 1:400, durch Serum rotzkranker Pferde in Verdünnungen von 1:800 bis 1:1000 und mehr! Wl's und seiner Mitarbeiter Versuche bezogen sich auf verschiedene Säugethiere; die Zahlen blieben sehr constant. Auch die von anderen Autoren (Macfadyen, Fowlerton, Bourget und Mary) gewonnenen Zahlen stimmen damit gut überein. Es fragt sich nun: was ist das für eine Substanz, welche die Agglutination bewirkt? welches ist ihre Stellung zu den im normalen Blut vorhandenen Substanzen und zu den Antitoxinen? Die letzteren, die Antitoxine, treten nur im Blute des intoxicirten resp. inficirten Organismus auf. Die agglutinirend wirkende Substanz muss aber, wenn auch in geringer Menge, auch im normalen Blute enthalten sein. Ist sie constant darin, oder nur zu Zeiten? Sie ist offenbar ein Schutzmittel des Organismus gegen Infection und man kann daher voraussetzen, dass sie constant ist. Im intoxicirten resp. inficirten Blute müssen es aber wieder andere Substanzen sein, die agglutinirend wirken, denn sie wirken dann nur specifisch auf bestimmte Bacterien (Rotzserum z. B. wirkt nicht agglutinirend auf Typhusbacillen und vice versa). So ergiebt sich aus der Thatsache der Agglutination eine Fülle theoretischer Fragen. Wir müssen wieder einsehen, dass die Factoren der Immunität, die Schutzmittel des Organismus, viel complicirterer Natur sind, als man bisher anzunehmen gewohnt ist.

Auf eine Anfrage Kernig's fügt Vortragender noch Folgendes in Betreff der von ihm und seinen Mitarbeitern geübten Technik hinzu: bei beweglichen Bacterien ist das Verfahren folgendes: von einer Bouillon-Cultur eines gewissen Alters wird ein bestimmtes Quantum mit einer gleichfalls bestimmten Menge des Serums (rein oder mit NaCl-Lösung) vermischt. Beim Malleus wird zuerst die Nährbouillon mit dem Serum vermengt und dann mit den Bacterien geimpft. Die Letzteren müssen in recht grosser Menge vorhanden sein, um auch makroskopisch die Erscheinungen der Agglutination erkennen zu lassen. Die sichtbaren Veränderungen sind dann sehr charakteristisch: anstatt des gewöhnlich sich bildenden charakteristischen zarten Wölkchens entstehen mehr körnige Figuren, welche sedimentiren und die darüber stehende Flüssigkeit schliesslich klar lassen. Bei Anwendung schwächeren Serums erhält man einen weniger compacten Niederschlag und nimmt man noch schwächeres, so kommt es auch zum Wachsthum der Cultur, wenn auch mehr körniger Form. Mikroskopisch sieht man dann neben wohl charakterisirten Bacterien auch Körnchen und Klümpchen. Die vom Vortragenden angegebenen Zahlenverhältnisse beziehen sich auf die makroskopische Beobachtung, nicht auf die mikroskopische im hängenden Tropfen.

Discussion.

Kernig: Die Untersuchung im hängenden Tropfen ist für die klinische Untersuchung brauchbarer, weil einfacher und handlicher. Die Vidal'sche Reaction beim Typhus wird im Obuchowhospital täglich gemacht: es wird in einem Uhrglas ein Tropfen des vom Typhösen gewonnenen Blutes mit einem bestimmten Quantum (ca. 50 Tropfen) einer Typhusbacillen-Cultur vermengt; davon ein Tropfen direct im ausgehöhlten Objectträger zur Untersuchung eingestellt. Die Veränderungen sind besonders deutlich am Rande des Tropfens: die Bacterien kommen bald zur Ruhe und bilden Klumpen.

Wladimirow: Die beschriebene makroskopische Methode eignet sich nur für das Laboratorium, nicht für die Praxis. Auch für den Rotz muss eine vereinfachte, practisch brauchbare Methode noch gefunden werden. Die Serumdiagnose würde auch bei 10—15 pCt. Fehldiagnose noch ihren Werth für die Praxis behalten.

Kernig: Die Vidal'sche Reaction giebt nicht in allen Fällen von klinisch diagnosticirtem Typhus ein positives Resultat; sie fällt oft negativ aus im Frühstadium solcher Fälle, die sich später klinisch mit Sicherheit als Typhus herausstellen. Im Hospital geht es meist so, dass die Diagnose «Typhus» erst klinisch festgestellt und dann erst die Vidal'sche Probe mit positivem Resultat ausgeführt wird. Im Obuchow-Hospital haben viele der jüngeren Collegen (Albanus, Pendin, Lotuchin u. A.) die Vidal'sche Reaction systematisch geübt und dabei nur ganz ausnahmsweise bei sicherem Typhus ein negatives Resultat erhalten. Wo das Resultat positiv war, handelte es sich immer um Typhus! In Bezug auf das Schwinden, resp. die Fortdauer der Beweglichkeit der Bacterien sind Irrthümer leicht möglich durch Verunreinigung des untersuchten Tropfens mit anderen beweglichen Bacterien, welche bei den Manipulationen hineingelangen und bei der Probe natürlich nicht beeinflusst werden. Bemerkenswerth war folgender Fall: bei einem Typhuskranken wurde von Dr. Albanus vom 8. Krankheitstage während des ganzen Verlaufes des Typhus die Probe gemacht, immer negativ; die Probe wurde auch noch während des ersten Recidivs und des darauf folgenden Intervalls wiederholt mit demselben negativen Resultat, bis sie endlich im zweiten Recidiv endlich positiv ausfiel. Die bei diesem Kranken verwandte Cultur ergab während der ganzen Zeit bei anderen Kranken positive Resultate.

Wladimirow: Hier müssen individuelle Eigenthümlichkeiten angenommen werden; es giebt immer einzelne Individuen, die sich nicht immunisiren lassen, weil sie zur Production der betreffenden Schutzsubstanzen nicht befähigt sind.

Westphalen: Dafür spricht in diesem Falle gerade die Thatsache des Recidivs; das Individuum bekam ein Recidiv, weil es eben noch nicht immunisirt war; erst im Recidiv trat die Immunisirung ein, welche sich im positiven Ausfall der Agglutinations-Probe aussprach.

Kernig: Nicht alle Fälle mit Recidiv zeigten ein solches Verhalten! Als Beispiel für mangelnde Immunisirung einzelner Individuen sei folgender Fall angeführt: eine Dame war als Kind mit Erfolg geimpft worden, machte dennoch als Erwachsene eine Variolois durch, und als sie in späterem Alter wieder geimpft wurde, bekam sie wiederum deutliche Vaccinepusteln! Das Factum der erhöhten individuellen Disposition zu wiederholter Infection besteht auch bei der heutigen Lehre von der Immunisirung zu Recht.

Wladimirow: Man kann auch immune Thiere für gewisse Infectionskrankheiten empfänglich machen; so z. B. Tauben für Milzbrand, durch Hunger.

De la Croix macht auf den möglichen Einfluss einer Symbiose verschiedener Bacterien bei solchen Kranken aufmerksam, welche bereits an chronischen Infectionskrankheiten (Tuberculose, Syphilis etc.) leiden, und dann mit einer acuten Infectionskrankheit inficirt werden.

Wladimirow: Verunreinigungen der Cultur können den Ausfall der Agglutinations-Probe sowohl in positivem wie in negativem Sinne beeinflussen. Die verschiedenen Bacterien beeinflussen sich dann gegenseitig.

Wanach erwähnt einiger in der chirurgischen Abtheilung des Peter-Paul-Hospitals von Dr. Rokitski[1]) gemachter Beobachtungen: R. erhielt bei der Vidal'schen Probe auch an Kranken mit Septicaemie, Miliartuberculose ein positives Resultat. Danach erscheint der diagnostische Werth dieser Reaction doch zweifelhaft. Der positive Ausfall der Reaction beweist noch nicht das Vorhandensein von Typhus. W. möchte diese Probe auf eine Stufe mit der Diazoreaction stellen, welche gleichfalls nicht nur beim Typhus, sondern gelegentlich auch bei anderen Infectionskrankheiten vorkommt.

Kernig ist geneigt, der Vidal'schen Probe einen grösseren diagnostischen Werth in Bezug auf Typhus zuzusprechen, als der Diazoreaction. Im Obuchow-Hospital (dem männlichen wie dem weiblichen) ist der Credit der Vidal'schen Reaction sehr gestiegen.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Se. Kaiserliche Hoheit der Grossfürst Wladimir Alexandrowitsch hat die ihm seitens der Universität Jurjew angetragene Ehrenmitgliedschaft angenommen.

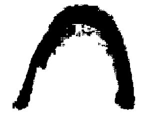
— Der Präsident der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Ergreifung von Massregeln gegen die Pest, Se. Kaiserl. Hoheit Prinz Alexander von Oldenburg, ist am 13. December aus Ssamarkand in St. Petersburg eingetroffen.

— Der Oberprocureur des Heiligen Synods K. P. Pobedonoszew, der Vicepräsident der Kais. Russ. Geographischen Gesellschaft P. P. Ssemenow und der Chef der militär-medicinischen Academie Dr. V. W. Paschutin sind als Ehrenmitglieder der Universität Jurjew bestätigt worden.

— Professor Dr. Oscar v. Petersen hierselbst ist zum Ehrenmitglied der Wiener dermatologischen Gesellschaft gewählt worden. Wir freuen uns, unseren Landsmann und Mitarbeiter zu dieser seltenen Auszeichnung beglückwünschen zu können.

— In der Gouvernementsstadt Wologda ist eine neue medicinische Gesellschaft ins Leben getreten, welche in ihrer ersten Sitzung am 20. November d. J. zu

[1]) Протоколы врачебныхъ совѣщаній въ Петропавловской больницѣ, Засѣданіе 31 Окт. 1897 стр. 64.





ihrem Präsidenten Dr. L. N. Piroschkow, zum Vicepräsidenten Dr. A. M. Tschernowski und zum Secretär Dr. A. A. Snjatkow gewählt hat. (Ssewerny Krai, — Wr.)

— So viel uns bekannt, existirt in Wologda bereits seit 1873 ein Verein von Aerzten, welcher eine Heilanstalt für ambulante Kranke unterhält und auch eine Bibliothek besitzt.

— Aus Anlass des hundertjährigen Jubiläums der Einführung der kaukasischen Mineralwässer in den allgemeinen Gebrauch wurde am 12. December in der Verwaltung derselben in Pjatigorsk ein Festgottesdienst im Beisein der Verwaltungsbeamten, der örtlichen Aerzte und Vertreter der Stadt abgehalten.

— Am 27. December d. J. begeht die vom Baron Wylie gestiftete und nach ihm benannte Klinik bei der militär-medicinischen Academie ihren 25jährigen Stiftungstag.

— Von der medicinischen Facultät der Universität Königsberg ist, wie die «Rig. Rundschau» mittheilt, am 12. (24.) December Felix Pilzer aus Riga cum laude zum Doctor medicinae promovirt worden. Opponenten waren zwei Landsleute des Promovenden, Dr. Guido Poorten, Assistenzarzt an der Frauenklinik, und Dr. Alex. Stieda, erster Assistent am anatomischen Institut der Universität. Dr. F. Pilzer studirte Anfangs in Dorpat und setzte dann 1894 seine Studien in Königsberg fort.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — dem berathenden Mitgliede des gelehrten militär-medicinischen Comités, Prof. emer. wirkl. Staatsrath Woronzow und dem Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des Kasanschen Militärbezirks Dr. N. Litunowski. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem Brigadearzt der 47. Inf.-Brigade, Staatsrath K. Rosenthal und dem Divisionsarzt der 37. Inf.-Division, Staatsrath A. Nessler.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — der Corpsarzt des Grenadiercorps, Dr. Drushinin; der Gehilfe des Medicinalinspectors des Wilnaschen Militärbezirks, Dr. Besobrasow; der Beisitzer des medico philanthropischen Comités und med. Curator des Narwschen Stadttheils der Stadt St. Petersburg, Dr. Konst. Kubli.

— Verstorben: 1) Am 4. December in Moskau der städtische Schularzt Dr. A. N. Lebedew an Apoplexie im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte im Jahre 1864 die Moskauer Universität absolvirt und war dann viele Jahre hindurch Eisenbahnarzt in Pensa, Orel und Tula. Aus dieser Zeit stammt von ihm eine grössere Publication über den ärztlichen Dienst auf unseren Eisenbahnen. In der letzten Zeit befasste er sich viel mit archäologischen und archäographischen Arbeiten. 2) Im Gouv. Orenburg der Fabrikarzt Alexander Foletti im Alter von 46 Jahren. Nach Erlangung des Arztgrades an der medico-chirurgischen Academie (1877) fungirte F. als Militärarzt im türkischen Feldzuge, nach dessen Beendigung er die Fabrikarztstelle in Awsjano-Petrowsk annahm, welche er aber wegen Krankheit vor einigen Jahren aufgeben musste. Der Verstorbene erfreute sich als Arzt und Chirurg eines ausgezeichneten Rufes weit über die Grenzen seines engeren Wirkungskreises hinaus. 3) In London der Leibarzt der Königin Victoria, Sir William Jenner, im 84. Lebensjahre. Seine medicinische Ausbildung erhielt er an der Londoner Universität, an welcher er auch 1844 zum Doctor promovirt und bereits nach 4 Jahren als Professor der pathologischen Anatomie und inneren Medicin angestellt wurde. Jenner ist ein fruchtbarer Schriftsteller auf den verschiedensten Gebieten der inneren Medicin gewesen, so hat er über Typhus, Diphtherie, Tuberculose, Lungenemphysem, Herzkrankheiten u. a. m. geschrieben. Für Holmes' «Lehrbuch der Medicin» hat er das Capitel über Hautkrankheiten bearbeitet. Zugleich war er ein vielbeschäftigter Practiker, der nach allen Theilen Englands und auch nach Schottland zu Consultationen berufen wurde. Sein Einkommen belief sich nach Schätzung seines Assistenten auf ca. 15,000 Pfd. Sterling (gegen 150,000 Rbl.) jährlich, dabei sind aber die aussergewöhnlichen Honorare nicht mitgerechnet, die oft 1000 und mehr Guineen an einem Tage betrugen. Für Consultationen in London berechnete er jedoch nur 2 Guineen, um auch weniger reichen Patienten seinen Rath zugänglich zu machen. Seit 1879 lebte Jenner im Ruhestande.

— Preisausschreiben betreffend die Kurpfuscherei. Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin hat einen Preis für eine Schrift ausgesetzt, welche die Eindämmung des Kurpfuscherthums durch Aufklärung des Volkes bezweckt. Als Preis ist für die beste, zum Druck geeignete Schrift, die ca. 2—3 Druckbogen umfassen soll und bis zum 1. Juni 1899 an Prof. Dr. Guttstadt in Berlin einzureichen ist, ein Betrag von 400 Mark ausgesetzt.

— Anlässlich des 96. Stiftungstages der Universität Jurjew (Dorpat) fand am 12. December in der Aula derselben der übliche Festactus statt, auf welchem der Professor der Psychiatrie Dr. Tschish die Festrede «Ueber die Ursache des Schmerzes» hielt. Sodann berichtete, wie wir der «Nordl. Ztg.» entnehmen, der Rector über das Ergebniss der von den Studirenden gelösten Preisaufgaben, für welche im Ganzen 5 goldene und 2 silberne Medaillen zur Vertheilung gelangten. Von der medicinischen Facultät sind 3 goldene Medaillen zuerkannt worden, und zwar dem stud. med. Alex. Rammul aus Livland für die Bearbeitung der Preisaufgabe «Der Fluss Embach als Quelle der Wasserversorgung bewohnter Ortschaften — eine experimentelle Untersuchung», dem stud. med. Pawel Iwanow aus Witebsk für die Preisarbeit «Ueber die Bildung des Zuckers im Organismus unter dem Einfluss pharmakologischer Mittel» und dem stud. pharm. Nachum Schatz aus Friedrichstadt die goldene Suworow-Medaille für eine pharmaceutische Preisarbeit. Die wichtigeren Daten aus dem Jahresbericht der Universität bringen wir in der nächsten Nummer.

— Die Pest in Indien und ein Pestfall in London. In Indien, namentlich in der Präsidentschaft Bombay, in der Stadt Bangalore und im Punjab wüthet die Pestepidemie ungeschwächt weiter. In Anbetracht dieses Umstandes wird in nächster Zeit eine neue Expedition unter der Leitung der DDr. Frasher, Wrihgs und Ruffer von England nach Indien abgehen. Ihre Hauptaufgabe soll darin bestehen, die Art und Weise der Uebertragung und Verbreitung der Bubonenpest zu erforschen und Mittel zu deren Abwehr zu erproben. Vom September 1896 bis October 1898 sollen in Indien 158,379 Personen an der Pest erkrankt und 125,239 Personen gestorben sein. Dass strenge sanitäre Vorkehrungen bei der Pest von Erfolg sind, beweist die Stadt Bombay, wo der Gesundheitszustand nach Durchführung derselben sich erheblich gebessert hat, während in den Provinzen die Zustände sich immer mehr verschlimmern. — Aus London kommt die telegraphische Nachricht, dass der Dampfer der British-India Company «Golconda», welcher am 13. (25.) Dec. in Plymouth einlief, einen in leichtem Grade an der Pest Erkrankten an Bord hatte, der ans Land gebracht wurde.

— Am 12. December fand hierselbst die Eröffnung des I. Allrussischen balneologischen Congresses statt. Da unserer Redaction von dem Organisations-Comité des Congresses aus uns unbekannten Gründen eine Einladung zum Congress (wie es sonst wohl üblich!) nicht zugegangen ist, so sehen wir uns genöthigt, den Bericht über die Verhandlungen des Congresses unseren Lesern (namentlich auch den ausländischen, die sich für dieselben interessiren) erst nachträglich zu bringen, sobald uns genauere Mittheilungen über dieselben vorliegen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Dec. d. J. 8498 (126 mehr als in d. Vorw.), darunter 656 Typhus — (8 wen.), 810 Syphilis — (31 wen.), 122 Scharlach — (10 wen.), 134 Diphtherie — (3 wen.), 58 Masern — (1 mehr) und 5 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. December 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

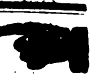
Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
404	317	721	152	54	132	13	9	35	63	57	52	47	48	48	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 11, Diphtherie 36, Croup 5, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 5, Grippe 17, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungscanals 60, Todtgeborene 33.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 22. December 1898.
Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 4. Januar 1899.


ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.




Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co, FRANKFURT A. M.

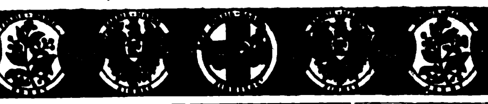
EUCHININ Gleiche Heilwirkung wie Chinin. Euchinin schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. — Litteratur:
von Noorden: Centralblatt für innere Medicin 1896, No. 48.
Overlach: Deutsche Medicinalzeitung 1897, No. 15.
Goliner: Allgemeine Medicinische Central-Zeitung 1897, No. 8.
Panegrossi: Gazzeta degli Ospedali e delle Cliniche 1897, No. 118.
Conti: Gazzeta degli Ospedali e delle Chliniche 1897, No. 136.
Klein: Medycyna 1897, No. 48. Fridrich: Orvosi Hetilap 1898, No. 1.

EUNATROL Cholagogum wird in Form der Eunatrol-Pillen ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen. — Litteratur: Blum: Der ärztl. Praktiker 1897, No. 3.

VALIDOL Analepticum; ebenso ist es ein gutes Stomachicum. Litteratur: Dr. Schwersensky: Therapeutische Monatshefte, Nov. 1897.

Proben, Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

Fernere Specialitäten:
CHININ, Chinin-Pillen, COCAIN, Coffein, Extracte, Jodpräparate etc.



PASTILLES VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer
l'EAU ALCALINE GAZEUSE

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

1899 erscheint der IX. Jahrgang:

Hygienische Rundschau.

Herausgegeben von

Dr. C. Fraenkel,	Dr. M. Rubner,
Prof. der Hygiene	Prof. der Hygiene
in Halle.	in Berlin.

Prof. Dr. C. Günther in Berlin.
Monatlich zwei Nummern.
Abonnementspreis halbjährlich 14 Mk.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА
НА ЖУРНАЛЪ
„СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПІЯ"
ВЪ 1899 ГОДУ
(годъ 4).

„Современная Терапія", ежемѣсячное обозрѣніе успѣховъ въ области терапіи по всѣмъ отраслямъ практической медицины и хирургіи у насъ и за-границей, будетъ выходить въ 1899 году по прежней программѣ, ежемѣсячно въ объемѣ 4—5 печатныхъ листовъ.

Подписная цѣна съ пересылкой,—за годъ четыре рубля, за полгода два рубля, за-границу (въ простой бандероли), пять рублей.

Цѣна объявленій 15 коп. за мѣсто, занимаемое строчкою петита.

Подписка и объявленія принимаются въ конторѣ и редакціи журнала, а также въ большихъ книжныхъ магазинахъ Москвы, Петербурга и др. городовъ. ИНОГОРОДНЫХЪ ПОДПИСЧИКОВЪ ПОКОРНѢЙШЕ ПРОСЯТЪ ОБРАЩАТЬСЯ ПРЯМО ВЪ КОНТОРУ ЖУРНАЛА.

Экземпляры «Новостей Терапіи» за 1891, 1892, 1893, 1894 и 1895 гг. 3 р. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1899 г. и 3 р. 50 к. другимъ. Экземпляры журнала за 1888 и 1889 гг. 4 р. всѣмъ. Экземпляры «Современной Терапіи» 1896 г. 3 р. подписчикамъ на 1899 годъ и 3 р. 50 к. другимъ. Экземпляры «Современной Терапіи» 1897 и 1898 г. 3 р. 50 к. подписчикамъ на 1899 год. 4 р. другимъ.

Адресъ конторы и редакціи:
Москва, Цвѣтной бульваръ, д. Торопова.

Редакторъ-Издатель. **К. В. Скурховичъ.**

Торговый домъ АЛЕКСАНДЕРЪ ВЕНЦЕЛЬ,
С.-Петеубургъ, Гороховая 33.
ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ.
Поставщикъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ.

Перевязочныя средства, бандажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенсне, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



Инструменты: перевязочные, ампутаціонные, акушерскіе и пр. Лѣкарскіе и Фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины. Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые и роговые. Принадлежности для массажа.

ГЛАВНЫЯ АГЕНТУРЫ:
Молочной муки и сгущеннаго молока Г. НЕСТЛЕ въ Веве.

Дозв. ценз. Спб. 19 Декабря 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 5.

XXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, 26. December (7. Januar) 1898

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1899 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate und Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, des St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte, der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga, der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über alle **wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten,** sowie über die **Verhandlungen russischer medicinischer Gesellschaften,** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der Abonnementspreis ist incl. Zustellung **in Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Peter - Paulhospital) zu richten.

Ein Fall von Pneumonie mit eigenthümlichem Verlaufe.

Von

Dr. A. Pychlau in Moskau.

(Vortrag, gehalten im April 1898 im Verein praktischer Aerzte in Moskau.)

In einer mir nahestehenden Familie erkrankte das ältere nahezu 7jährige Mädchen, am 24. Dec. 1897 an leichtem Fieber, Kopf- und Halsschmerzen. Temp. 38,5°. wurde schon am nächsten Tage unter Gebrauch von Natr. salicyl. ganz normal; im Rachen waren nur leichte Schwellung und Röthe der Mandeln zu sehen, kein Belag. Am 2. Feiertag sollte in der Familie unter Betheiligung von mehreren Verwandten (Erwachsenen und Kindern) das Christfest mit Weihnachtsbaum etc. gefeiert werden. Die ältere Tochter war aufgestanden und wieder ganz fix, aber gegen Abend desselben Tages (26. Dec.) bekam die jüngere 4jährige (Lisinka) plötzlich Fieber mit einer Temperatur von 39,5°, Hals- und Kopfschmerzen, Uebelkeit, Appetitlosigkeit. Am nächsten Tage hielt sich die Temperatur um 39°: Schwellung und Röthe beider Mandeln, mit oberflächlichen grau-weisslichen Belägen auf denselben — eine richtige Angina follicularis. Auffallend war nur in den nächsten 3 Tagen der Gang der Temperatur: Morgens 36° — 36,5°, Abends 39°, ohne dass sich Milzschwellung nachweisen liesse; darauf vollständige Entfieberung. Die Schlingbeschwerden waren im Ganzen gering, vom 2. Tage der Erkrankung stellte sich wieder Appetit ein, das Allgemeinbefinden war vorzüglich: das Gesicht rosig, die Kleine, selbst in der Fieberzeit, so munter, dass sie kaum im Bett zu halten war, der Puls voll und kräftig. Obgleich es a priori am wahrscheinlichsten war, dass beide Kinder, die kurz vorher nicht mit anderen Kindern zusammengekommen waren, an einer und derselben Krankheit erkrankt waren, nur die Jüngere, die von kräftigerer Construction ist, etwas intensiver, so konnte ich mich nicht ganz von dem Verdachte losmachen, ob es sich bei der Kleinen nicht doch um Diphtheritis handelte; ein paar Mal stand ich auf dem Puncte, etwas von dem Belage der Tonsillen behufs bacteriologischer Untersuchung abzunehmen, aber einestheils fand ich den Belag nur geringfügig und bald gar nicht mehr, anderntheils konnte ich mich bei dem ausgezeichneten Allgemeinbefinden der Kleinen nicht entschliessen, den Eltern derselben einen so schweren und so schwach begründeten Verdacht (auf Diphtherie) auszusprechen, und so unterliess ich die beabsichtigte Untersuchung, wie ich gleich hinzufügen will — zu meinem späteren grossen Bedauern! Mittlerweile war die ganz genesene ältere Tochter ein Mal an der Luft gewesen und hatte sich gleich erkältet. sie bekam Schnupfen und Husten, jedoch ohne Fieber, und wurde auch ins Bett gesteckt; die Jüngere bekam auch etwas Schnupfen und so lagen sie Beide, obwohl sonst ganz munter. noch mehrere Tage in resp. auf ihren Bettchen. Am 5. und 6. Januar standen sie auf und spielten sehr heiter, namentlich war Lisinka in den nächsten Tagen ganz ausgelassen munter. Am 9. Januar sollten beide Kinder zum ersten Male wieder ins Freie gebracht werden, da sie in eine befreundete Familie zum Weihnachtsbaum geladen waren. Aber schon am Morgen des 9. Januar wurde mir mitgetheilt, dass Lisinka plötzlich starke Hitze und Erbrechen bekommen hätte und nun ganz apathisch daliege. Als ich hinkam, er-

kannte ich die Kleine kaum wieder: statt des gewöhnlich so munteren, gesprächigen, kräftigen Kindes mit lebhaft gerötheten Lippen und Wangen, fand ich ein ganz blass, schwach und theilnahmslos, wie in comatösem Zustande, daliegendes Kind. Temp. 39,5°, Puls ca. 160, recht schwach, Athmung beschleunigt, das Erbrechen hatte sich nicht wiederholt, die Pupillen reagiren gut. Auch erwies sich, dass die Kleine sich wohl in einem Zustande grosser Apathie, aber nicht im Coma befand; sie antwortete auf alle Fragen, wenn auch ungern und zögernd, doch ganz richtig, mit vollem Bewustsein; klagte ausser über den Kopf nur noch über Halsschmerzen. Augenscheinlich handelte es sich um eine schwere Infectionskrankheit, aber was für eine und wo kam sie her? Sollte es Scharlach oder Lungenentzündung sein? Das war schwer anzunehmen, da die Kleine ein paar Wochen lang nicht aus dem Hause, kaum aus dem Zimmer herausgekommen war. Wieder drängte sich mir der Gedanke auf, ob nicht am Ende doch Diphtheritis vorliege. Nach dem Anfange der Angina waren genau 14 Tage vergangen, und es wäre nicht unmöglich gewesen, dass sich an irgend einer dem Auge nicht leicht zugänglichen Stelle des Rachens (oder vielleicht der Nase) eine diphtheritische Plaque festgesetzt und so lange latent bestanden hätte, bis plötzlich Resorption der Toxine und septische Allgemeininfection eingetreten war. Sollte sich diese Möglichkeit bewahrheiten, dann galt es rasch zu handeln, um, wenn auch spät, den Versuch zu machen, die bereits eingetretene Infection durch eine schleunige Einspritzung von Antidiphtherie-Heilserum zu bekämpfen. Um diese dringende Frage entscheiden zu helfen, wurde von mir am selben Tage so bald als möglich der College Richard Koppe zu Rathe gezogen. Derselbe fand bei Inspection der Rachengebilde wohl noch Spuren einer leichten Angina, aber keinerlei Anzeichen von Diphtherie. Bei ruhiger Erwägung kamen wir darin überein, dass eine diphtheritische Allgemeininfection wohl ausgeschlossen werden und dass es sich nur um Scharlach oder croupöse Pneumonie handeln könne, aller Wahrscheinlichkeit nach um die letztere. Bereits nach wenigen Stunden, um 9 Uhr Abends, fand diese Vermuthung ihre volle Bestätigung, indem ich bei der Auscultation der Rückenfläche des Kindes (durch Anlegen des Ohres) einen deutlichen und scharf markirten Unterschied zwischen beiden Seiten constatiren konnte: links gewöhnliches vesiculäres, rechts unten deutliches Bronchialathmen. Es wurde sofort die für diesen Fall von uns in Aussicht genommene Compresse échauffante um den Thorax der Kleinen gelegt und die Fortsetzung der verordneten Analeptica angerathen. Am anderen Morgen, den 10. Januar, fand ich zu meiner freudigen Verwunderung die Kleine ruhig im Bette sitzen und spielen. Sie hatte in der Nacht gründlich geschwitzt, in den Morgenstunden fest geschlafen und hatte jetzt eine Temperatur von 36,6°, ruhiges Athmen und 84 kräftige regelmässige Pulsschläge in der Minute. Kein Husten. Bei der Auscultation war nirgends mehr Bronchialathmen nachzuweisen, auch keinerlei Rasselgeräusche. Offenbar war also eine Crisis gewesen und waren danach alle krankhaften Erscheinungen spurlos verschwunden. Da nicht nur von vielen Autoren das Vorkommen einer ephemeren Pneumonie behauptet wird, sondern auch mir selbst in meiner Praxis Fälle unzweifelhafter croupöser Pneumonie von nur eintägiger Dauer vorgekommen waren, so glaubte ich auch in diesem Falle eine solche annehmen und eine rasche Genesung in Aussicht stellen zu dürfen. Leider war aber die Freude von kurzer Dauer: um 3 Uhr Nachmittags war die Temperatur schon 38,2°, um 8 Uhr Abends 40,5° und zu 12 Uhr Nachts war sie zum Entsetzen der Eltern auf 41.1° gestiegen. Gleichzeitig hatte natürlich auch Puls- und Athmungsfrequenz bedeutend zugenommen; erstere stieg auf 130—140, letztere gegen 50 in der Minute. Dabei war auf der anscheinend zuerst afficirt gewesenen Stelle, d. h. R. H. U., das Athmungsgeräusch wieder rein vesiculär, dagegen erschien es mir im rechten Oberlappen unbestimmt-bronchial und daselbst der Percussionsschall etwas tympanitisch. Am nächsten Morgen, den 11. Januar, wieder normale Temperatur, 36,6° und vollständige Euphorie, in den Lungen nichts nachweisbar; am Nachmittage wieder Anstieg der Temperatur auf 38°. In Anbetracht dieses eigenthümlichen Verlaufes wurde Dr. Koppe wieder hingebeten, welcher von nun an mit mir gemeinsam die Kleine beobachtete und behandelte. Wir konnten uns Beide übereinstimmend jetzt nur dahin aussprechen, dass es sich um einen Fall von Wanderpneumonie handele, wobei die Affection erysipelartig von einem Lungenabschnitte auf den anderen überspringe, indem sie in jedem nur eine Anschoppung hervorruft, die während der Nacht wieder vergeht, um dann gleicherweise einen anderen Theil der Lungen zu befallen. Die Temperatur stieg am Abend wieder bis auf 41° hinauf und betrug um Mitternacht noch 40,4°. Von diesem Abende an liess sich über den ganzen linken Unterlappen eine deutliche Infiltration nachweisen, die in den nächsten Tagen immer schärfer hervortrat — Dämpfung und scharfes Bronchialathmen, zeitweilig mehr oder weniger ausgebreitetes Knisterrasseln — und nicht so rasch vorübergehender Natur war, sondern im Gegentheil constant blieb und noch lange in der Reconvalescenz nachweisbar war. Obgleich nun also die Entzündung sich offenbar jetzt fest localisirt hatte, bot der weitere Verlauf in Bezug auf die Temperatur ganz eigenthümliche Schwankungen dar, wie aus beistehender Curve ersichtlich ist. Einige Mal wurde die Temperatur allerdings durch Antipyretica etwas beeinflusst; das Kind reagirte so stark auf 0,2 Phenacetin, dass wir die Einzelgabe auf 0,1 herabsetzten und dadurch auch noch einen Temperaturabfall von je $1^{1}/_{2}$—2° erzielten; ausserdem ging die Temperatur auch in Folge von durch Clysmata erreichten Stuhlentleerungen herunter, jedoch kamen ganz ähnliche Schwankungen auch vollständig spontan ohne die genannten Einflüsse vor. Am 20. Januar, d. h. am 12. Tage der Erkrankung und am 10. Tage von der nachweisbaren Infiltration des linken Unterlappens an gerechnet, war die Temperatur zum ersten Male am Morgen unter 37° und hielt sich den ganzen Tag subnormal — 36,2° und 36,3°. Offenbar war die Crisis eingetreten; wenn auch die Dämpfung und das Bronchialathmen L. H. U. noch sehr scharf ausgesprochen waren, so waren doch zahlreichere und mehr grossblasige Rasselgeräusche daselbst zu hören. Indess unsere optimistische Anschauung, dass nun die Reconvalescenz beginnen würde, erfuhr abermals eine Täuschung. Im Laufe des ganzen nächsten Tages, den 21. Januar, hielt sich die Temperatur zwischen 37,8° und 38°; am 22. Januar betrug sie am Morgen 39,3°, erreichte um 4 Uhr Nachmittags ihr Maximum mit 40,7°, ging nach 3 Stunden bei Phenacetin-Gebrauch auf 39,5° hinunter und betrug auch in der Nacht 39,6°. Am folgenden Morgen (23. Januar) war die Temperatur 38,4°, stieg bis 6 Uhr Abends auf 40,4°, um nach einem Phenacetin-Pulver innerhalb 2 Stunden um 0,8° und bis 1 Uhr Nachts um weitere 0,4° zu sinken. Am Morgen des 24. Januar war die Temperatur 37,4°, um 2 Uhr Nachmittags aber schon wieder 40,4° und stieg trotz Phenacetins bis 7 Uhr Morgens auf 40.9°. Ein zweites Pulver drückte sie jedoch im Verlaufe von einer Stunde um 1,4° herab. — Schon im Laufe der ersten Fieberperiode hatten wir uns bemüht, für die einzelnen, nach den Remissionen wieder auftretenden, Temperatursteigerungen eine Erklärung in dem wandernden Charakter des Processes, in dem Uebergreifen der Entzündung auf einen anderen Lungenabschnitt zu finden. Namentlich schien es uns mehrere Male, als wenn sich die Erkrankung auf den unteren Abschnitt des linken Oberlappens ausgebreitet hätte, indem daselbst Bronchialathmen zu hören war und auch der Percussionsschall etwas kürzer als rechts erschien. Aber bei der nächsten Untersuchung machte es wieder den Eindruck, als wenn die Infiltration nur vorgetäuscht wäre, das Athmungsgeräusch nur durch Fortleitung aus dem benachbarten grossen Infiltrationsbezirk bronchial erschien. Jedenfalls war nichts mit Sicherheit zu constatiren. Bei der zweiten Fieberperiode fahndeten wir erst recht danach, neue Entzündungsheerde aufzufinden, welche uns das Wiederaufflackern des Krankheitsprocesses erklärlich machen könnten. Erst schien es, als wenn im hauptsächlich afficirten linken Unterlappen neue, bisher anscheinend nicht erkrankte Partien (nach der Wirbelsäule hin) ergriffen würden. Dann aber glaubten wir doch mit ziemlicher Sicherheit ein Uebergreifen des Processes auf die rechte Lunge constatiren zu können, und zwar auf den scheinbar zuallererst afficirt gewesenen Abschnitt, den rechten Unterlappen. Gleich unterhalb der Scapula war auf einer etwa handtellergrossen Stelle der Schall deutlich tympanitisch, das Athmungsgeräusch unbestimmt-bronchial; bei tieferer Inspiration und Hustenstössen waren daselbst auch subcrepitirende Rasselgeräusche zu hören. Es musste demnach wohl ein nicht sehr ausgedehnter mehr central gelegener Herd auch in dem rechten Unterlappen angenommen werden; jedenfalls waren aber weder hier, noch auch an anderen Stellen, ausser in dem grossen Infiltrationsbezirke des linken Unterlappens, irgendwelche post-kritische Resolutionserscheinungen physikalisch nachweisbar.

Um nun einem endlosen Weiterwandern des pneumonischen Processes, wodurch die Kräfte der Kleinen natürlich sehr consumirt wurden, nach Möglichkeit vorzubeugen, beschlossen wir (auf Vorschlag von Dr. Koppe) Chinin in grösseren Dosen zu versuchen. Natürlich galt es dabei in erster Linie, die Schwierigkeiten der Application dieses Mittels bei einem 4jährigen Kinde zu überwinden. Es wurde zuerst in der Nacht vom 24. auf den 25. Januar ein Clysma mit einer concentrirten Lösung von Chininum muriaticum gegeben, ging aber sehr bald wieder ab. Darauf bekam das Kind am 25. Januar um 11 Uhr Morgens per os eine Gabe von 1,5 eines unlöslichen und daher nicht bitter schmeckenden Präparates — Chin. glycirrhicinicum —, welches jedoch, in Wasser eingerührt, der Kleinen als eine sandige, erdige Masse imponirte, die sie höchst ungern einnahm. Jedenfalls kam das Chinin zur Wirkung, es trat nicht nur Schwerhörigkeit und Benommenheit ein, sondern auch Delirien und Hallucinationen,





glücklicher Weise nicht von langer Dauer. Die Temperatur stieg aber doch von 39,2° um 3 Uhr Nachmittags auf 40,3° um 10 Uhr Abends. Eine dann der Kleinen eingegebene zweite Portion Chinin wurde von ihr sofort erbrochen. Diese Nacht erschien der Mutter der Patientin als die allerschlimmste des ganzen Krankheitsverlaufes, indem zu den Delirien noch Augenverdrehen, leichte Zuckungen, Stöhnen, allgemeine Unruhe und leichte cyanotische Erscheinungen hinzutraten, so dass der Exitus nahe bevorstehend schien. Eine Temperaturmessung um 1½ Uhr Nachts ergab aber nur 38,1°; bald darauf trat auch ruhigerer Schlaf ein und am anderen Morgen, den 26. Januar, war endlich mit einer Temperatur von 36° der ersehnte kritische Abfall erreicht — am 19. (!) Tage der ganzen Krankheit, am 7. Tage der zweiten Fieberperiode. Zugleich war die Pulsfrequenz von den bisherigen 130—140 Schlägen in der Minute auf 88 gesunken, die Respiration von 50—60 auf 40 hinunter gegangen. Gleichzeitig war im linken Unterlappen eine ausgebreitete Crepitatio redux zu constatiren. Dennoch kam wieder eine, wenn auch nur kurz andauernde Temperatur-Erhöhung, die jedoch dieses Mal auf gastrischer Störung beruhte. Die Kleine war in der Nacht sehr unruhig, bis gegen halb 3 Uhr Morgens spontan recht copiöses Erbrechen eintrat. Die kurz zuvor gemessene Temperatur betrug 39,5°, um 9 Uhr Morgens (den 27. Januar) 37,8°. Aber schon nach 2 Stunden war die Temperatur nur 36,6° und blieb auf dieser Höhe den ganzen Tag, bei 20 Respirationen und 76—80 Pulsschlägen in der Minute; die Reconvalescenz hatte begonnen. Während, wie erwähnt, in den übrigen Lungenpartien, deren Affection nicht ganz zweifellos gewesen war, gleich nach dem Eintritt der definitiven Krisis nichts Abnormes mehr nachzuweisen war (allenfalls nur 1—2 Tage lang ein etwas tympanitischer Schall R. H. U.), so schwanden L. H. U. die Dämpfung, das Bronchialathmen und die Rasselgeräusche ganz allmählich im Laufe von etwa 1½ Wochen, indem sie an Ex- und Intensität langsam abnahmen.

Wie soll man sich nun das ganze Krankheitsbild deuten? Hatten wir es mit einer einheitlichen Krankheit zu thun oder mit einer Mischinfection? War es eine typische croupöse Pneumonie, nur mit schleppendem und etwas ungewöhnlichem Verlaufe und sehr spät eingetretener Krise, oder war es eine recidivirende Pneumonie (wobei man die erste Krisis zu Beginn des 12. Krankheitstages und nach nur 24stündiger Intermission gleich den Anfang des Recidivs annehmen müsste)? oder war es eine richtige Wanderpneumonie? — Lag überhaupt der Erkrankung nur eine bestimmte Form der Pneumonie zu Grunde oder etwa 2 oder 3 derselben, mit einander combinirt? Ich glaube das Letztere. Zur Begründung erlaube ich mir einen kleinen historischen Rückblick auf die Pathogenese der Pneumonie, welche in den letzten Jahrzehnten einen bedeutenden Umschwung erfahren hat. Es sind etwa 20 Jahre her, dass der gewiss wohl auch früher so manchem Practiker aufgestiegene Verdacht, dass die Pneumonie keine locale, sondern eine allgemeine Erkrankung, eine Infectionskrankheit sei, mit Localisation in der Lunge, durch Jürgenssen's klassische Arbeit in Ziemssen's Handbuch allgemeine Verbreitung und sofortige Anerkennung fand. Als nun bald darauf die bacteriologische Forschung einen ungeahnten Aufschwung zu nehmen begann und es sich zur Aufgabe machte, für jede Infectionskrankheit einen specifischen Erreger nachzuweisen, da konnte die neue Theorie aus dem Stadium der Hypothese heraustreten. Es wurden im Auswurfe (und im Lungengewebe) der Pneumoniker constant gewisse Bacterien gefunden, aber auffallender Weise, wie sich bald herausstellte, nicht immer dieselbe Art, am häufigsten der von Fränkel entdeckte Diplococcus, dann aber auch ein von Friedländer schon früher (1883) entdeckter, mit anderen biologischen Eigenschaften ausgerüsteter Bacillus, von Weichselbaum der Bacillus pneumoniae und Streptococcen, der Pfeiffer'sche Influenza-Bacillus u. s. w. Auf Grund dieser bacteriologischen Nachweise und des verschiedenartigen klinischen Verlaufes gelangte man dahin, mehrere Formen von acuten Lungenentzündungen, deren jeder ein (oder auch zwei) Infectionserreger entsprach, annehmen zu müssen. So stellte Finkler in einer 1891 erschienenen vortrefflichen Monographie unter dem Titel «Die acuten Lungenentzündungen als Infectionskrankheiten» 3 Gruppen von Pneumonieen auf: 1) fibrinöse Pneumonieen, 2) acute Bronchopneumonieen und 3) acute zellige Pneumonieen. Die Fälle der 1. Gruppe, der typischen croupösen Pneumonie entsprechend, werden meist durch den Fränkel'schen Diplococcus bedingt, selten durch den Bacillus pneumoniae (Weichselbaum). Finkler erwähnt dabei auch unter den Anomalien des Verlaufes der eintägigen Pneumonie, der Pneumonie mit mehrfachen Herden, der Wanderpneumonieen. Bei den Fällen der 2. Gruppe kommen ausser dem Diplococcus nicht nur verschiedene andere Coccen und Bacillen vor, sondern auch Dämpfe (Ammoniak, Chlor), Staub, Fremdkörper etc. Es gehören dazu verschiedene Mischinfectionen, Inspirations- und Schluckpneumonieen. Bei der 3. Gruppe wird vorwiegend der Streptococcus pneumoniae als Ursache anzusehen sein, hin und wieder auch der Staphylococcus; auch rechnet Finkler hierher diejenigen Fälle von Influenza-Pneumonie, die nicht nach dem Typus der 1. oder 2. Gruppe verlaufen. — Wassermann, Assistent am Institut für Infectionskrankheiten von Professor R. Koch, hat in einem 1893 in der «Deutschen Medicinischen Wochenschrift» erschienenen Originalartikel «Ueber differentielle Diagnostik von entzündlichen Lungenaffectionen» darauf hingewiesen, dass entzündliche Vorgänge in der Lunge durch alle möglichen causalen Momente hervorgerufen werden können, so namentlich auch nachgewiesenermassen durch verschiedene Coccen und Bacillen (den Fränkel'schen Diplococcus, den Pfeiffer'schen Influenza-Bacillus, den Friedländer'schen Bacillus, durch Strepto- und Staphylococcen), dass daher die bacteriologische Untersuchung des Sputums von der grössten Wichtigkeit sei, indem oft nur durch dieselbe die richtige Diagnose und Prognose gestellt, der Verlauf der Krankheit, etwaige langsame Reconvalescenz etc. erklart werden können. Unter den Erregern der Pneumonie spielt keine geringe Rolle der Streptococcus, der schon von Weichselbaum unter 129 Fällen 21 Mal nachgewiesen wurde (ca. 16 pCt.). Wassermann hat in allen, in das Institut für Infectionskrankheiten eingelieferten, Pneumoniefällen bei bacteriologischer Untersuchung des Sputums positive Resultate erhalten, d. h. mit Sicherheit eine bestimmte Bacterienform nachweisen können; im Jahre 1893 waren es vorwiegend der Influenza-Bacillus und Streptococcen. Verf. schildert nun den Verlauf der durch diese beiden Bacterienarten bedingten Pneumoniefälle. Die durch Streptococcen hervorgerufenen Pneumonieen haben für gewöhnlich einen schleppenden, mehr chronischen Verlauf und sind (besonders, wenn sie sich in der Lungenspitze localisiren) oft schwer von tuberculösen Entzündungen zu unterscheiden, jedoch konnte durch wiederholte Tuberkulin-Injectionen die Differential-Diagnose in jedem Falle mit absoluter Sicherheit gestellt werden. Im Uebrigen bieten nach der Schilderung von Wassermann die Streptococcen-Pneumonien in ihrem Verlaufe solche Eigenthümlichkeiten dar, die mich an den von mit mitgetheilten Krankheitsfall erinnern, dass ich mir nicht versagen kann, eine Stelle daraus wörtlich zu citiren. «Was die Localisation angeht, so haben wir im Laufe der Zeit die verschiedensten Theile der Lunge als Sitz der Erkrankung gesehen, ja sogar relativ sehr oft ein Wandern des Processes, alsdann auch in die Spitzen, und ich möchte gerade dies mit als characteristisch für diese Erkrankung ansehen. Es kommt vor, dass von einem Tage zum andern der physikalische Befund sich vollständig ändert, in einem ganz anderen Lappen Knisterrasseln auftritt, während es an der früher beobachteten Stelle verschwindet, so dass unwillkürlich das Bild eines „Erysipels der Lunge“ erregt

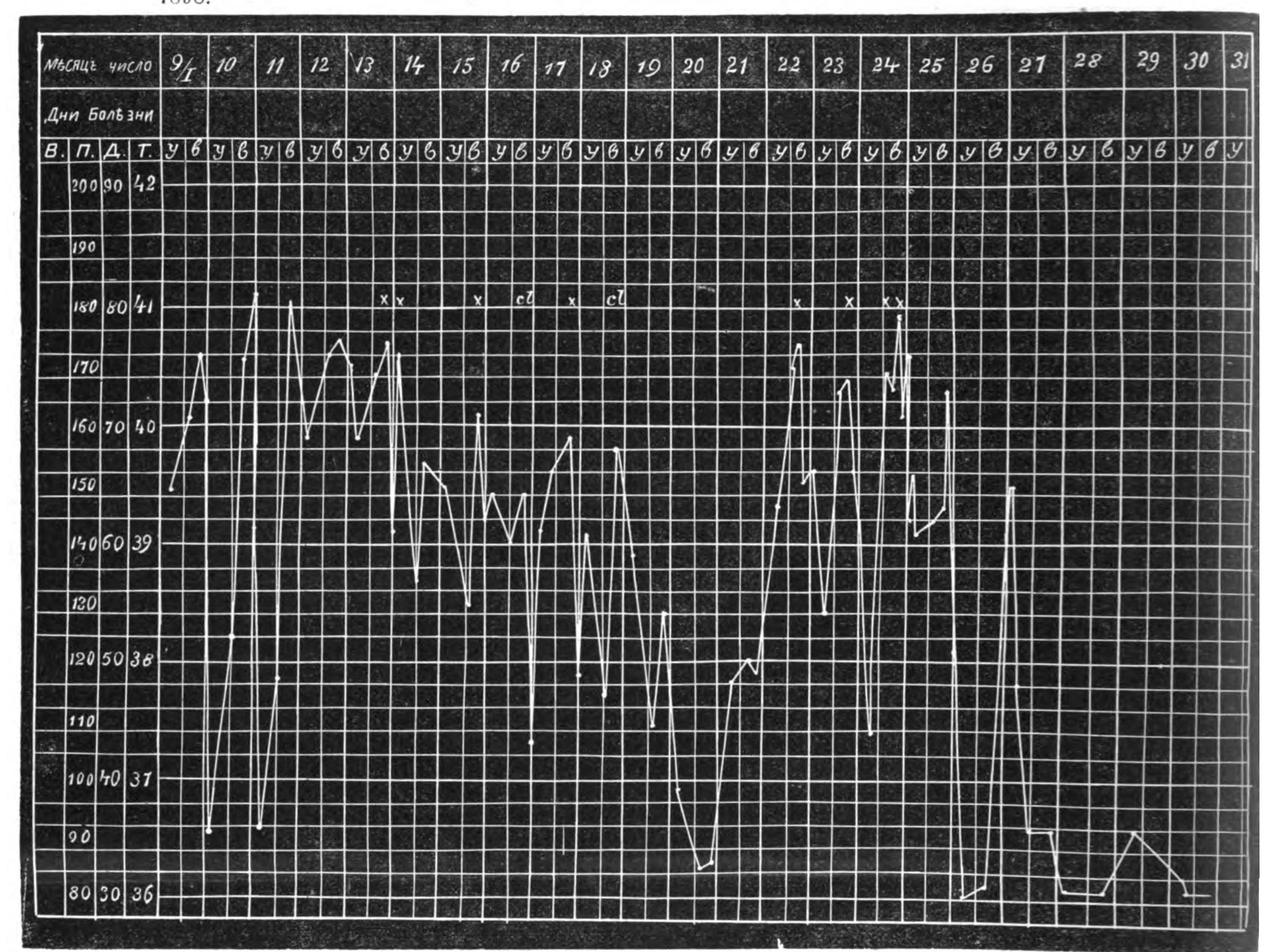
wird. Die percussorischen und auscultatorischen Phänomene haben an sich nichts Characteristisches. Dagegen bot der Temperaturverlauf bei vielen Fällen Abweichungen von dem gewöhnlichen, die so oft wiederkehrten, dass wir darauf speciell aufmerksam machen möchten. Es treten nämlich bei derartigen Kranken plötzlich oft innerhalb einer Stunde Temperatur-Erhöhungen um 1 bis 2 Grad ein, ohne dass irgendwie eine nachweisbare Ursache, eine Complication zu finden wäre Frost ist häufig bei dieser acuten Steigerung vorhanden, doch durchaus nicht regelmässig, im Gegentheil ertragen viele Patienten die erhöhte Temperatur mit auffallend wenig Beschwerden. Bisweilen hält diese Steigerung der Körperwärme nur einen Tag an, so dass in der normalen Curve plötzlich eine spitze Zacke sich erhebt, oft aber dauert die Fieberperiode mit starken Remissionen oder Intermissionen mehrere Tage an, so dass die richtige „Streptococcencurve", wie wir sie am typischsten beim Erysipel sehen, entsteht".

Eine Aehnlichkeit dieser Temperatur-Curve mit derjenigen in meinem Krankheitsfall ist ganz unverkennbar. — Um nun wieder auf meinen Fall zurückzukommen, so scheint es mir am plausibelsten anzunehmen, dass wir es mit einer Mischinfection zu thun hatten, dass nämlich ein Theil der Krankheitserscheinungen durch den Fränkel'schen Diplococcus hervorgerufen wurde, ein anderer Theil durch Streptococcen, und zwar glaube ich, dass die Letzteren Schuld waren an den erysipelartigen Erscheinungen, an den merkwürdigen Temperaturschwankungen mit wenig oder undeutlich nachweisbaren Localisationen des Processes. Die Localisation im linken Unterlappen dagegen hat offenbar während der ganzen Krankheitsdauer bestanden, indem schon am 3. Tage der Krankheit deutliche Zeichen der Infiltration (Dämpfung, Bronchialathmen) daselbst vorhanden waren und gleichzeitig mit der definitiven Krisis die Crepitatio redux klar ausgesprochen war. Es entsprachen also diese Localerscheinungen, im Vereine mit dem hohen Fieber, der gesteigerten Puls- und Athmungsfrequenz durchaus dem Bilde einer typischen croupösen Pneumonie, wie sie zumeist durch den Diplococcus hervorgerufen wird. Auffallend war nur die lange Dauer der Affection, indem die Krisis, wie erwähnt, erst am 19. Tage, vom Beginn der Erkrankung an gerechnet, eintrat. Allerdings wird in den Lehrbüchern erwähnt, dass bei der croupösen Pneumonie die Krisis meist zwischen dem 3. und 11. Tage der Krankheit eintritt, selten später; indess kommt Letzteres doch vor. So wurde noch kürzlich im «Medical Record» ein Pneumoniefall mitgetheilt, in welchem die Krisis am 17. Tage eintrat. Auch erinnere ich mich eines Falles aus meiner Praxis, ein junges Mädchen betreffend, welches, an einem complicirten Herzklappenfehler leidend, an croupöser Pneumonie erkrankte und bei welchem nach beständig über 40° betragendem Fieber gleichfalls erst am 17. Tage ein kritischer Abfall eintrat. Schwer zu erklären bleibt aber in meinem heutigen Falle der kritische Temperaturabfall nach 11 Tagen (zu Beginn des 12. Tages) der Erkrankung, mit unmittelbar sich daran schliessendem Wiederansteigen des Fiebers. Sollte das doch die Krisis gewesen sein, welche der beginnenden Lösung der Infiltration im linken Unterlappen entsprach, und die zweite (7tägige) Fieberperiode mit der Affection eines anderen Lungenabschnittes, vielleicht des rechten Unterlappens, in Zusammenhang gestanden haben? Wenn das der Fall war, dann müsste man annehmen, dass durch diese zweite Erkrankung die Resolution des Infiltrats im linken Unterlappen zum Stillstande gebracht wurde und erst nach dem Eintritte der zweiten (definitiven) Krisis wieder in Gang kam. Eine eigentliche Wanderpneumonie, d. h. ein regelmässiges, physikalisch nachweisbares Weiterkriechen des pneumonischen Processes von einem Lungenabschnitt auf den benachbarten habe ich in dem in Rede stehenden Falle nicht feststellen können, wenigstens nicht in der gleichmässigen Aufeinanderfolge, wie mir ein vor 15 Jahren in der Privatpraxis von mir beobachteter Fall in der Erinnerung vorschwebt. Es handelte sich um eine 70jährige Frau, bei der in regelmässigen Intervallen (alle 2—3 Tage) unter Temperaturschwankungen Schweiss und Frösteln ein physikalisch absolut deutlich nachweisbares Weiterschreiten der Entzündung von einem Lungenabschnitte zum anderen — auf der einen Seite von unten nach oben, auf der anderen von oben nach unten — beobachtet wurde, bis alle Lungenlappen afficirt waren, unter allmählich fortschreitender Resolution in den zuerst erkrankten Partien. Die Krankheit zog sich auf diese Weise auch 2 Wochen hin und endete mit vollständiger Genesung (die Dame lebt heute noch). Interessant war dabei noch, dass ich kurze Zeit danach den Mann dieser Dame an Erysipelas faciei zu behandeln hatte, so dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten (durch Streptococcen bedingt?) wohl nicht von der Hand zu weisen wäre; an bacteriologische Untersuchungen hatte man damals noch nicht gedacht. Es thut mir leid, dass ich in meinem heutigen Falle, was das ätiologische Moment betrifft, auch nur Vermuthungen aussprechen kann und dieselben nicht auf bacteriologische Sputumuntersuchung basiren konnte. Eine solche war unmöglich, aus dem einfachen Grunde, weil überhaupt kein Sputum expectorirt wurde, wie es von einem 4jährigen Kinde nicht anders zu erwarten war.

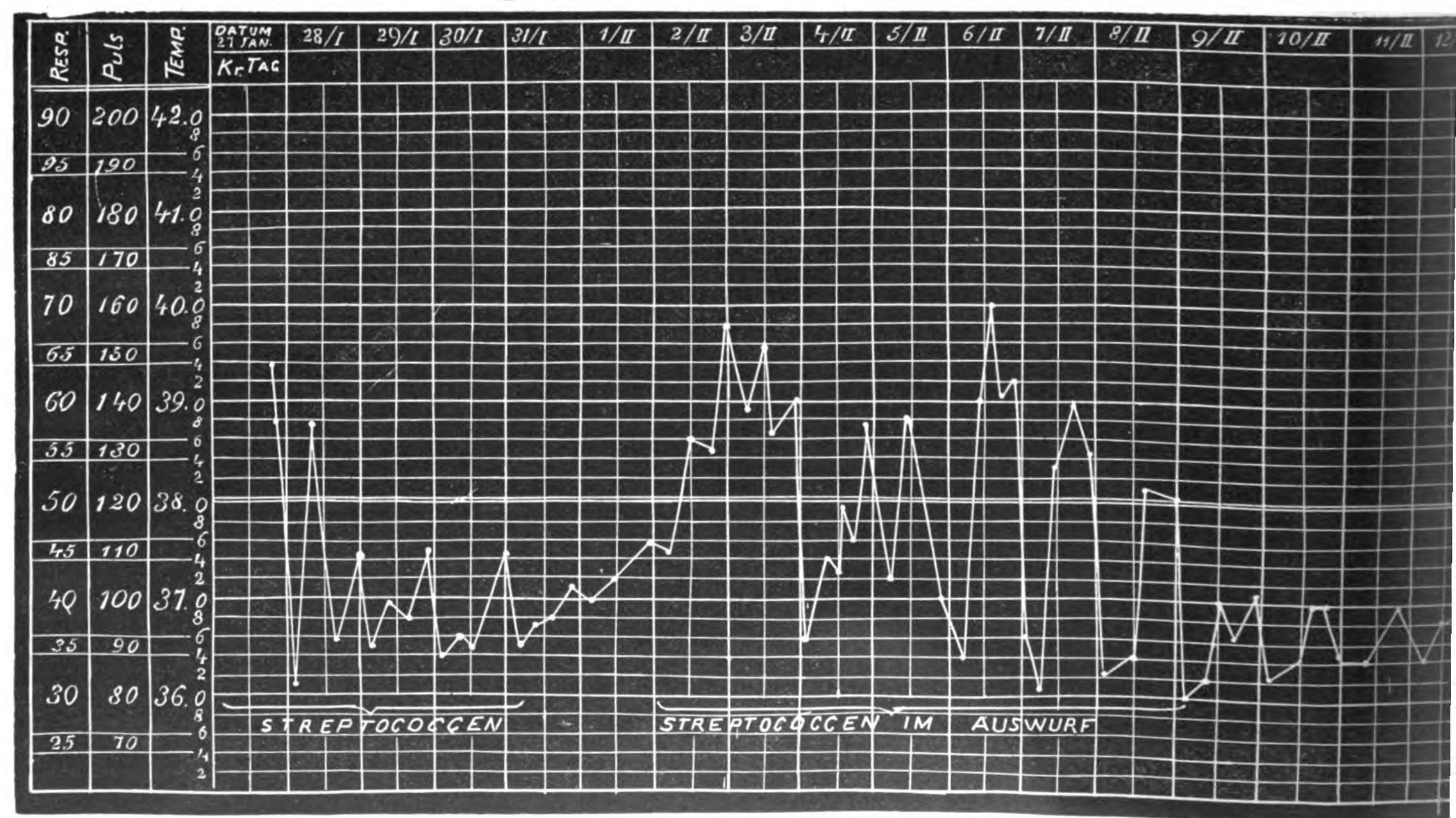
Jetzt bleibt noch die Frage zu beantworten, von wo sich das Kind die pneumonische Infection geholt haben könnte, da es, wie Sie sich aus dem Anfange meines Vortrages erinnern werden, wochenlang vorher gar nicht aus dem Hause gekommen, in der Wohnung aber eine Erkrankung an Pneumonie, wenigstens in den letzten Jahren nicht vorgekommen war. Ein Verdacht, der in dieser Hinsicht sowohl mir als auch Dr. Koppe sofort aufstieg, muss wohl nach vielfachen Beobachtungen der letzten Jahre als ein durchaus begründeter angesehen werden, nämlich dass die kleine Patientin die betreffenden Krankheitserreger — Strepto- und Diplococcen — wohl ein paar Wochen lang an ihren eigenen Tonsillen resp. in deren Belägen beherbergt hat. Es ist wieder einmal die Angina die Primärerkrankung gewesen, welche durch Haften des Infectionsstoffes und Eindringen desselben in die Lymph- und Blutbahn die schwere Allgemeinerkrankung (die Pneumonie) nach sich zog. Noch kürzlich ist von unserem Moskauer Collegen, Dr. A. Hippius in der „Библіотека Врача" auf die Angina tonsillaris als Krankheitsvermittlerin hingewiesen und ein Fall von Endocarditis im Anschlusse an Angina mitgetheilt worden. Aber bereits seit dem Jahre 1888 sind von verschiedenen Autoren einerseits in den Exsudaten der lacunären Angina verschiedene Strepto- und Staphylococcen, sowie Diplococcen und Pneumoniebacillen nachgewiesen, als auch diverse infectiöse Erkrankungen im Gefolge von Angina mitgetheilt worden, am häufigsten acuter Gelenkrheumatismus, aber auch Septicaemie, Pneumonie, Pleuritis und andere. Man wird also wohl nicht fehl gehen, wenn man auch in meinem Falle die der Pneumonie vorausgegangene Angina als Vermittlerin der ersteren ansieht. Ich erlaube mir nochmals darauf hinzuweisen, dass in diesem Falle auch bei der Angina so eigenthümliche Temperaturschwankungen beobachtet wurden, gerade so wie sie bei Streptococcus-Infection vorkommen. Und im Hinblick darauf bedaure ich es ganz besonders, dass



Temperatur-Curve A. L. W. 4 Jahre alt. — Pneumonia crouposa. 1898.



Temperatnr-Curve B. Mann mit Streptococcenpneumonie aus R. Koch's Institut für Infectionskrankheiten



Besondere Bemerkungen:

× — Phenacetin, die beiden ersten Mal zu 0,2, später immer zu 0,1.

cl = Clysma.

In der Nacht vom 24.—25. Januar, Chinin per Clysma.

25. Januar 11 Uhr Morgens und 10 Uhr Abend Chinin per os (2 Mal erbrochen).

26. Januar 11 Morgens Chinin. — 3 Uhr Nachts Erbrechen.

27. Januar 12 Uhr Mittags Chinin.

27.—28. Januar 3 Uhr Morgens Chinin.

druck gebracht. Folgen wir dem Ideengange bei den Infectionskrankheiten. — In seiner ersten berühmten Arbeit stellte Koch den Satz auf, dass ein vollgiltiger Nachweis für die parasitische Natur der Wundinfectionskrankheiten nur dann geschaffen werden könne, wenn es gelinge die parasitischen Mikroorganismen der betreffenden Krankheit in solcher Menge und Vertheilung nachzuweisen, dass alle Krankheitserscheinungen dadurch ihre Erklärung finden. Dieser Satz verführte alle Jünger der neuen Richtung zu der dogmatischen Verallgemeinerung, dass nicht nur bei den Wundinfectionskrankheiten, sondern bei allen Infectionskrankheiten überhaupt, bei denen parasitische Krankheitserreger sich auffinden lassen, alle Symptome der Krankheit lediglich mechanisch aus der Menge und der Vertheilung der Mikroorganismen sich erklären lassen müssten. War es Koch in der That gelungen, bei den von ihm zuerst studirten Thierkrankheiten, dem Milzbrand, der Mäusesepticämie, der Pyämie und Septicämie der Kaninchen die Krankheitserscheinungen aus der Menge und der Vertheilung der Mikroben im Blut und in den Organen befriedigend abzuleiten, so wurde es schon bei den darauf erfolgten Entdeckungen der Tuberkelbacillen durch Koch selbst und der Rotzbacillen durch Löffler einigermassen schwierig, eine genügende mechanische Erklärung von dem Zustandekommen der Krankheitssymptome zu geben. Noch dringlicher wurde die Frage bei der Choleraätiologie (1884). Koch selbst betonte auf der ersten Choleraconferenz, dass der Symptomencomplex der eigentlichen Choleraanfälle, so einfach mechanisch nicht zu erklären sei, es bliebe daher nichts weiter übrig, als ein von den Kommabacillen producirtes specifisches Gift anzunehmen, das resorbirt die Symptome des Anfalles hervorrief. Ein derartiges bei der Cholera als schliessliche Ursache der Krankheit und des Todes blos supponirtes Gift wurde nun von Roux und Yersin (1888) bei der Diphtherie in greifbarer Gestalt nachgewiesen. Dieser Nachweis bezeichnet nach Behring nichts mehr und nichts weniger, als den Beginn einer neuen Aera in der Lehre von den Infectionskrankheiten. Nicht dass der Bacillus, sondern wie er die Krankheit zuwege bringe, darauf komme es an. Wenn nun Baumgarten und einige Schüler von Koch behaupten, dass jedes Individuum mit unfehlbarer Sicherheit erkranken muss, sobald ein für den Organismus empfängliches pathogenes Bacterium in dasselbe hineingelangt, so trat Hueppe dem entschieden und klar entgegen mit der Behauptung, dass pathogene Mikroorganismen, sobald sie in den Organismus gelangen, im Stande sind nur die vorhandene Krankheitsanlage auszulösen. Diese jetzt wohl allerseits ad acta gelegte principielle Leugnung einer «specifischen» Disposition oder Empfänglichkeit war um so merkwürdiger, als es niemals jemand einfiel, an der Wirklichkeit und Thatsächlichkeit des nothwendigen Ergänzungsbegriffes der Disposition, nämlich an dem Vorhandensein einer — angeborenen oder erworbenen — Immunität oder Unempfänglichkeit zu zweifeln. Wenn es keine specifische Disposition giebt, dann giebt es auch keine specifische Immunität. Denn der Begriff der Immunität erschöpft sich durchaus in dem Mangel jeder Disposition und Disposition ist nichts anderes, als das Fehlen der specifischen d. h. einem bestimmten Infectionserreger gegenüber geltenden Immunität.

Die practische Bedeutung dieses Standpunktes liegt auf der Hand. Zwei Wege bieten sich zur Seuchenvernichtung: die Erreger zu vernichten und die Widerstandskraft des Einzelnen, d. h. seine Immunisirung zu erhöhen. Am schnellsten und radicalsten würde man alle Seuchen aus der Welt schaffen, wenn es gelänge ihre Erreger völlig zu vernichten. Lassen sie sich aber nicht ohne Weiteres treffen (für die contagiösesten aller Krankheiten kennen wir sie noch nicht), so bleibt nichts übrig, als die Widerstandskraft des Einzelnen, d. h. seine Immunisirung. Im Kampfe gegen Bacterien hat Metschnikoff die Theorie der Phagocytose aufgestellt, die von weissen Blutkörperchen ausgeht. Buchner will man in der Thätigkeit der weissen Blutkörperchen im Kampfe mit den Bacterien eine Production von Stoffen sehen, die er Alexine nennt. Gegen diese Alexine sollen auch nach Kruse die Bacterien Angriffsstoffe erzeugen, die er Lysine bezeichnet. Ueberwiegen die Lysine, so findet die Erkrankung statt, überwiegen die Alexine so wird sie verhindert.

Wir wissen nun jetzt, dass im immun gewordenen Organismus nach der Cholera und dem Typhus specifische Stoffe auftreten, welche die Cholerabacillen und Typhusbacillen abtödten, beim Typhus durch Agglutination. Ferner wissen wir, dass nach dem Ueberstehen einer Vergiftung mit Microbengift im Blut Gegengifte, die sogenannten Antitoxine auftreten. Mit dem Nachweise dieser antibacteriellen und antitoxischen Körper im immunisirten Organismus war ein ganz unerwartetes Erklärungsprincip für die Thatsache der Selbstheilung von Infectionskrankheiten und für die Entstehung

der Immunität nach der Behandlung mit Infectionsstoffen gegeben. Es war damit — nach Behring — ein Kunstgriff der Naturheilkraft aufgedeckt worden, den wir in der Serumtherapie, sogar nachzuahmen gelernt haben, indem wir die fertigen antitoxischen und antibacteriellen Säfte auf andere Individuen zu Schutz- und Heilzwecken übertragen.

Die Frage über die Entstehung der Antikörper, mit Hülfe deren der lebende Organismus krankmachende Keime und Gifte unschädlich macht, blieb aber zunächst ungelöst. Diese Schwierigkeiten sollen nun durch eine geistreiche Hypothese Ehrlich's aus dem Wege geräumt werden. Behring formulirte den Ehrlich'schen Gedanken mit folgenden Worten: Dieselbe Substanz im lebenden Körper, welche in der Zelle gelegen, Voraussetzung und Bedingung einer Vergiftung ist, wird Ursache der Heilung, wenn sie sich in der Blutflüssigkeit befindet. Die cellulären Anschauungen Virchow's gelangen wieder zu ihrem Rechte. Nur dann und dadurch können Bacteriengifte pathogen werden, wenn sie in den Zellen Körper antreffen, zu denen sie eine chemische Verwandschaft haben. Für Zellen, denen diese Körper fehlen sind sie kein Gift, sind sie völlig gleichgültig; im Blute wirken dieselben Körper aber als Schutzstoffe. Wie kommen sie aber ins Blut. Nur durch Secretion der Zellen! Die Zelle ist und bleibt oder wird wieder das determinirende Moment des ganzen Vorganges!

Sehr interessant bespricht der Autor die Frage, wohin man die Lyssa zu zählen hat, zu den Infections- oder zu den Intoxicationskrankheiten. Die Lyssa ist der herrschenden Auffassung zufolge eine Infectionskrankheit, deren Virus mit dem Speichel der wuthkranken Thiere durch eine Wunde in den menschlichen Körper geräth, doch ist trotz aller Bemühungen ein solches bisher nicht nachgewiesen. Immer mehr fängt man daher an mit einer Möglichkeit zu rechnen, die noch vor wenigen Jahren undenkbar schien, nämlich, ob vielleicht, wie Högyes sich ausdrückt «Mikroorganismen bei der Lyssa gar keine Rolle spielen und die Gewebe nur in Folge eigenthümlicher, noch unbekannter chemischer Umwandlungen die Virulenz erhalten». Was uns bei diesem Satz abstösst, sagt Martius, ist der Gedanke einer autochtonen Entstehung der Erkrankung. Unser an Analogieschliessen gewöhntes Denken verlangt auch hier, wie bei der Diphtherie, Typhus etc. den Nachweis des Giftproducenten. Nun vielleicht ist das der erkrankte Hund selbst! Wir werden uns entschieden daran gewöhnen müssen, die Production von Giften als eine ganz allgemeine Function lebender Zellen aufzufassen. Nicht nur Bacterien, sondern auch sehr hochorganisirte Pflanzen und Thiere, wie die Digitalis purpurea und die Klapperschlange produciren Gift. Selbst der Mensch ist ein Giftproducent! Sein Urin ist für das Kaninchen in demselben Sinne ein Gift, wie gewisse Secrete von Schlangen und Kröten für den Menschen. Nach dieser Hypothese stellt die Lyssa keine Infectionskrankheit dar, wie die Cholera oder der Typhus, sondern vielmehr eine Intoxicationskrankheit. wie die Vergiftung durch Schlangenbiss.

Die Fragen, die der Autor eingehend und klar bespricht, greifen ein in das Gebiet eines jeden Specialisten, daher kann ich die Lectüre dieser höchst anregenden Arbeit nicht warm genug einem jeden Arzte empfehlen!

Das erste Heft enthält die Infectionskrankheiten und die Autointoxicationen.

S. Unterberger, Zarskoje-Sselo.

J. Boas: Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten: Theil I: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. Verlag von G. Thieme. Leipzig 1898.

Nach den recht eingehenden anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen bespricht der auf diesem Gebiete bewährte Verf. die allgemeine Diagnostik der Darmkrankheiten, die anamnestischen Daten, die Untersuchungsmethoden etc. und verweilt am längsten bei der Darlegung der Untersuchung der Faeces, weil diese bei Erkrankungen des Intestinaltractus eine weit grössere Aufmerksamkeit verdient als allgemein angenommen, und einen oft werthvollen Schlüssel zur Erkennung der Localdiagnose liefert. Zum Schluss des sich auf die Diagnostik bezüglichen Theiles findet sich ein Hinweis auf die Untersuchung des Mageninhalts und Harnuntersuchungen bei verschiedenen Darmkrankheiten.

Der zweite Abschnitt handelt über die allgemeine Therapie der Darmkrankheiten: das diätetische Regime, die Trinkcuren, Massage, hydriatische und elektrische Curen. Verf. wendet mit Vorliebe, wenn es sich um catarrhalische Erkrankungen der unteren Abschnitte handelt, Einläufe von Mineralwässern an, wozu sich besonders Ems, Karlsbad, Wiesbaden eignen. Es reihen sich daran Rathschläge über Magenausspülungen bei Darmkrankheiten und zum Schluss wird die medicamentöse Behandlung in allgemeinen Zügen behandelt. Das vorliegende Werk von einem so vorzüglichen Kenner der Krankheiten des Verdauungsapparates steht natürlich auf der Höhe der Wissenschaft und wird wohl auch in unseren Kreisen bald die verdiente Anerkennung finden. Mit Interesse sehen wir dem Erscheinen des zweiten Theiles, der die specielle Diagnose und Therapie enthalten soll, entgegen.

Lingen.

Das 100-jährige Jubiläum der militär-medicinischen Academie

fand gemäss dem Festprogramm, welches wir bereits mitgetheilt haben, in den Tagen vom 17.—20. December unter zahlreicher Betheiligung in- und ausländischer hervorragender Aerzte statt. Den Festact eröffnete der Kriegsminister mit der Verlesung eines Allerhöchsten Gnadenbriefes an die Academie, worauf Prof. Beljarminow einen von dem Chef der Academie verfassten Ueberblick über die Geschichte der mil.-med. Academie vortrug. Daran schloss sich der officielle Empfang der zahlreichen Deputationen (253) ausländischer und russischer Universitäten, gelehrter Corporationen und Regierungs-Institutionen, welche ihre Glückwünsche darbrachten und Adressen überreichten. Die mil.-med. Academie hat anlässlich ihres Jubiläums zahlreiche hervorragende Gelehrte zu Ehrenmitgliedern erwählt, und zwar: den König Oscar von Schweden, den Prinzen Dr. Theodor von Baiern, ferner in Deutschland: den Generalstabsdoctor der preussischen Armee Dr. Coler, die Professoren von Bergmann, Waldeyer, Recklinghausen, Pflüger, Stieda, Kühne, Schwalbe, Flügge, Ziegler; in England — Lord Lister, Lord Rayleight, Mac Cormac, Mac Ewen, Thompson, Lauder Brunton, Sir Turner, Sir Stokes, Foster; in Frankreich — die Professoren Bouchard, Lannelongue, Ollivier, Dujardin-Beaumetz, Berthelot, Brouardel, Marey d'Arsonval, Roux, Duclaux, Guyon; in Italien — die Professoren Baccelli (Unterrichtsminister) und Golfi; in der Schweiz — den Begründer des Rothen Kreuzes Dunant und die Professoren Kocher, Kollmann, Retzius; in Oesterreich — Prof. Krafft-Ebing; in Belgien — Prof. van Gehucchten; in den Vereinigten Staaten von Nordamerika — Prof. Langley. — Am 19. December fand das Festdiner für die Professoren, Studenten und Ehrengäste der Academie statt, auf welchem der Kriegsminister ein Telegramm des deutschen Kaisers verlas, welches derselbe an Seine Majestät den Kaiser von Russland anlässlich der Jubelfeier der mil.-med. Academie gerichtet hatte.

Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Acte des mit grosser Feierlichkeit in Scene gesetzten Festspiels müssen wir uns versagen, da uns nicht die Gelegenheit geboten war, demselben beizuwohnen; zudem sind alle Tagesblätter mit genauen Schilderungen derselben angefüllt.

Wir schliessen daher diesen kurzen Bericht, indem wir uns nachträglich den Glückwünschen anschliessen und der für das russische Reich so unendlich bedeutungsvollen Academie ferneres Blühen und Gedeihen wünschen.

Vermischtes.

— Unter allen Festen dieser an «schönen Tagen» so überreichen Zeit dürfte eines bei Allen, die daran theilnehmen durften, einen besonders nachhaltigen und erhebenden Eindruck hinterlassen haben. Am 20. December fand ein Festessen statt, das eine grosse Zahl der hiesigen deutschen Aerzte zu Ehren einiger ihnen besonders nahe stehenden, zur Jubiläumsfeier der militär-medicinischen Academie eingetroffenen Gäste veranstaltet hatte. Vor Allem galt es unseren berühmten Landsmann Professor Ernst von Bergmann zu feiern, der hier wie überall den Mittelpunct bildete, um den sich die anderen Gäste — die DDr. Grasnick senior und junior von der Kaiser Wilhelms-Academie in Berlin, Professor K. Dehio aus Dorpat, Dr. Ströhmberg als Vertreter der Gesellschaft livländischer Aerzte, und als Jüngster stud. med. von Bergmann, ein Sohn des Gefeierten — und die Gastgeber gruppirten. Unter den Letzteren konnten die meisten alte Freundschaftsbande und alte Beziehungen zu dem grossen Chirurgen erneuern, doch waren auch mehrere darunter, die zum ersten Mal den Zauber der genialen Persönlichkeit unmittelbar empfanden. Die wahrhafte Feststimmung, die über der ganzen Versammlung lag, kam auch in den zahlreichen Tischreden z. Th. in er-



greifender Weise zum Ausdruck. Dr. Moritz begrüsste Prof. von Bergmann, der Leibchirurg Sr. Majestät Dr. Hirsch Herrn Dr. Grasnick, Prof. O. von Petersen richtete seine Worte ebenfalls an Prof. von Bergmann, Dr. Kernig an Prof. Dehio. — Unvergesslich wird den Anwesenden die Rede bleiben, mit der dann Prof. v. Bergmann seinen Toast auf die deutschen Aerzte St. Petersburgs einleitete. Das waren «goldene Worte». Nach ihm ergriffen Prof. Dehio und Dr. Grasnick sen. das Wort zu inhaltreichen Erwiderungen und dann folgte noch eine ganze Reihe von Toasten, zum Theil humoristischen Inhalts zum Theil hochernste aber doch mit attischem Salz gewürzte Reden, die alle einzeln zu erwähnen zu weit führen würde. Prof. von Bergmann ergriff auch noch zwei Mal das Wort, um der Frauen und seiner Assistenten und Mitarbeiter zu gedenken. Das ganze Fest war so schön, dass es erst spät in der Nacht seinen Abschluss fand. Der tiefe Eindruck, den es bei allen Theilnehmern hinterlassen hat, beweist wieder einmal, wie stark eine wahrhaft grosse Persönlichkeit auch in unserer pietät- und autoritätlosen Zeit noch immer wirkt.

— Professor Ernst von Bergmann machte auf dem ihm zu Ehren am 20. December gegebenen Diner die Mittheilung, dass er bis zu seinem Lebensende ein Stipendium im Betrage von 500 Mark jährlich auszahlen werde zum Besten eines aus den baltischen Provinzen stammenden Studirenden der hiesigen militärmedicinischen Academie.

— Der Chef der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Prof. Dr. Paschutin, ist zum Ehrenmitgliede der Kiewer Universität gewählt worden.

— Am 9. December vollendeten sich 30 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des früheren Professors der militär-medicinischen Academie, Dr. Leo Popow's. Aus diesem Anlass wurde demselben von seinen früheren Schülern eine Adresse und von den Ordinatoren der von ihm früher geleiteten Klinik ein Album dargebracht.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — die Corpsärzte des 21. Armeecorps, Dr. Wosnessenski, und des kaukasischen Armeecorps, Dr. Stratanowitsh; der Oberarzt des Klin'schen Militärhospitals Makowejew; der stellv. Medicinalinspector des Jarosslaw'schen Gouvernements Dr. Buchowzew.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — den Corpsärzten des 7. resp. 20. Armeecorps Weschtschizki und Keldysch. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem Gehilfen des Militär Medicinalinspectors in Warschau, wirkl. Staatsrath Dr. Stefanowitsch, und dem Corpsarzt des 5. Armeecorps Dr. Tresskin.

— Verstorben: 1) In St. Peterburg Dr. Alexander Dodonow, welcher fast 50 Jahre als Arzt thätig gewesen ist. 2) In Jalta der dortige langjährige Arzt Dr. Theodor Schtangejew im 56. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher den Cursus im Jahre 1870 absolvirt hatte, gehörte zu den populärsten und gesuchtesten Aerzten in der südlichen Krim. 3) In Moskau der dortige Arzt wirkl. Staatsrath Dr. Anton Poniatowski, welcher seit 1857 die ärztliche Praxis ausübte. 4) Der Kreisarzt in Igumen (Gouv. Minsk) Zacharias Kolmakow im Alter von 48 Jahren an Gehirnapoplexie.

— Der hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Jakob Dedjulin, welcher bisher die medicinischen Zeitschriften und Werke censirte, ist zum Censor des St. Petersburger Censuramtes ernannt worden.

— Der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Vogt, ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Wir bringen nachstehend einige Daten aus dem Jahresbericht der Universität Jurjew (Dorpat) pro 1898: Die Zahl der Studirenden betrug zum 1. December d. J. 1248, von denen 644 der medicinischen Facultät angehörten: dazu kommen noch 229 Pharmaceuten und 8 freie Zuhörer. Das Lehrpersonal besteht gegenwärtig aus 79 Personen, und zwar 37 ordentlichen, 22 ausserordentlichen Professoren, 1 Professor der orthodoxen Religion, 6 Docenten, 1 Observator, 1 Prosector, 7 Privatdocenten, 3 Lectoren und 1 Lehrer der Gymnastik. Im Laufe des Jahres wurden von der Universität gelehrte Grade und Würden im Ganzen 450 Personen verliehen, davon in der medicinischen Facultät 306 Personen, und zwar die Würde eines Medicinalinspectors und eines Accoucheurs 2 Personen, eines Kreisarztes 5, eines Dr. medicinae 8, eines Arztes 90, eines Provisors 133, eines Zahnarztes 15, eines Dentisten 18, eines Apothekergehilfen 44, einer Hebamme 50 Personen. In den Universitätskliniken und in der Univ.-Abtheilung des Bezirkshospitals wurden vom 1. December 1897 bis 1. December 1898 im Ganzen 18,434 Kranke behandelt.

— Die von Robert Heimbürger bei der Dorpater Universität gestiftete Prämie, welche in diesem Jahre für wissenschaftliche Werke im Bereich der physiko-mathematischen Facultät ausgesetzt war, ist im vollen Betrage von 480 Rbl. 93 Kop. dem Werk des freipracticirenden Arztes Eduard Lehmann «Flora von Polnisch-Livland, mit besonderer Berücksichtigung der Florengebiete Nordwest-Russlands, des Ostbalticums, der Gouvernements Pskow und St. Petersburg, sowie der Verbreitung der Pflanzen durch Eisenbahnen» (1895) mit einem «Nachtrag zur Flora von Polnisch-Livland» (1896) zuerkannt worden. (Dr. Lehmann ist ein früherer Schüler der Dorpater Universität, die er i. J. 1866 absolvirte und gegenwärtig practischer Arzt in der Stadt Reshiza des Gouv. Witebsk. D. Red.)

— Zwei russische medicinische Zeitschriften «Westnik Medizinу» und «Ssowremennaja Klinika», von welchen die erstere von den Professoren W. I. Danilewski und L. W. Orlow und letztere von dem in diesem Jahre verstorbenen Prof. Bogomolow in Charkow redigirt wurden, sind, da sie seit einiger Zeit nicht mehr erschienen, nach dem «Regierungs-Anzeiger» als definitiv eingegangen anzusehen.

— Gemäss einem Beschluss der Rigaschen Stadtverwaltung wird die Stadt Riga nächstens ein zweites Stadthospital mit ca. 300 Betten am linken Ufer der Düna, wo zahlreiche Fabriken sich befinden, erhalten.

— In Ssamarkand und Merw sollen, wie eine dortige Zeitung erfährt, Stationen zur Erforschung der dort herrschenden Malariafieber und der zur Bekämpfung derselben zu ergreifenden Massregeln eingerichtet werden. (Wr.)

— Die deutsche Reichsregierung hat auf Anregung der deutschen Colonialgesellschaft 60,000 Mark für eine zum Studium der Malaria auszusendende Expedition, welche die von Prof. Rob. Koch begonnenen Forschungen weiterführen soll, bewilligt. Die Expedition wird auf $1^1/_2$—2 Jahre nach Ostafrika, Reunion, Mauritius und Holländisch-Indien gehen. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Berliner Universität hat in diesem Wintersemester die höchste Zahl der Studirenden seit ihrer Gründung erreicht, nämlich 6151 immatriculirte Studenten, von denen 1311 Mediciner sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Dec. d. J. 8416 (82 wen. als in d. Vorw.), darunter 624 Typhus — (32 wen.), 764 Syphilis — (46 wen.), 108 Scharlach — (14 wen.), 129 Diphtherie — (5 wen.), 55 Masern — (3 wen.) und 3 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. December 1898.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
404	387	791	157	69	99	11	12	22	69	81	78	59	61	53	19	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 5, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 56, Erysipelas 5, Grippe 27, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberculose der Lungen 121, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 42, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 31.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 5. Januar 1899.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 11. Januar 1899.

Довв. ценз. Спб. 30 Декабря 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 35–46.

A. Jarotzki: «Ueber ungleichzeitige Contraction der Herzventrikel». (Nr. 36–40).

Nach genauer Anführung der einschlägigen Literatur schildert Verf. den von ihm im Obuchowhospital beobachteten interessanten Fall. Es handelte sich um eine 40-jährige Patientin, die vor 8 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte und seit einem Jahr an Dyspnoe und Stauungserscheinungen litt. Bei der Untersuchung fand J. allgemeines Oedem, Pulsation der Halsvenen, Ascites und Hydrothorax. Der Spitzenstoss war nach rechts unten verschoben, über der Mitralis ein praesystolisches Geräusch hörbar. Die stark vergrösserte, schmerzhafte Leber pulsirte. Durch Ruhelage, Diät und Digitalis besserte sich der Zustand der Patientin bald, doch blieben die Symptome einer Tricuspidalinsufficienz und Stenose des linken Ostium venosum. Nach einiger Zeit trat irreguläre Herzaction auf, die sich in Verdoppelung der Herztöne äusserte, und zwar folgten 2 ersten lauten Tönen 2 leisere. Die Zahl der Pulswellen war um die Hälfte geringer. Der erste Herzton entsprach dem Spitzenstoss, beim ersten Ton der zweiten Phase schwollen die Jugularvenen an, ebenso wie die Leber. Das sprach dafür, dass sich rechter und linker Ventrikel zeitlich unabhängig voneinander contrahirten. Diese Anomalie der Herzthätigkeit wechselte beinahe täglich mit der normalen, wobei meist 88 Pulse gezählt wurden, gegen 44 Pulse während der anomalen Herzcontrationen. Digitalis wurde fortgelassen. Nach circa 1 Woche war die Herzthätigkeit wieder wie früher, um kurz vor dem Tode nach einer Embolie der A. mesaraica von neuem aufzutreten, aber in veränderter Form. Während früher nur ein Spitzenstoss fühlbar war, konnten jetzt 2, ein stärkerer und ein schwächerer constatirt werden. Ausserdem wurde vor Auftreten der Pulswelle in den Jugularvenen eine vorausgehende kleinere gefunden, so dass es sich also um die Erscheinungen der Hemisystolie handelte, bei der auf 2 Venenpulse ein Arterienpuls fällt und speciell um die nach Unverricht benannte Systolia alternans.

Patientin erlag nach einem Monat einem Erysipel. Die Section ergab Endocarditis chronica valv. mitralis (Stenosis). Dilatatio apicis ventriculi sin. Cirrhosis hepatis. Embolia a. mesentericae superioris. Peritonitis acuta hämorrhagica.

E. Botkin: «Ueber klinische Verwendung der Formen von Leukocytolyse». (Nr. 37–39).

Als Resultat bereits publicirter Arbeiten giebt B. ein Resumé der verschiedenen Formen und Veränderungen der Leukocyten und geht auf die Leukocytolyse bei Typhus und croupöser Pneumonie über. Wenn, wie aus den Untersuchungen des Verfassers hervorgeht, die Leukocytolyse bei Typhus im Vergleich zur Pneumonie beschleunigt ist, so muss offenbar das Blutplasma bei ersterem gesättigter an Lösungsproducten sein, als bei der Pneumonie und ausserhalb des Organismus muss die Leukocytolyse bei Typhus langsamer vor sich gehen, als bei Pneumonie, was auch in der That der Fall ist. Daneben konnte bewiesen werden, dass zu Ende des Typhus die Stärke der Lösung von Leukocyten allmählich abnimmt. Dieses Faktum ermöglicht es, nach den vom Verf. angegebenen Formen der Auflösung das Ende des typhösen Processes vorauszusagen, ähnlich wie die erhöhte Leukocytolyse im Blut der Pneumoniker nach Tschistowitsch als Index für die eintretende Krise gilt.

E. Pawlow: «Zur Anwendung der Röntgenstrahlen». (Nr. 38, 39).

P. stellte Versuche über die Intensität und Concentration der X-strahlen an, wobei sich erwies, dass das Verfahren in einzelnen Fällen in Stich lässt (allerdings arbeitete P. noch nicht mit den neusten, vervollkommneten Apparaten). So konnte z. B. eine Nadel im Metacarpus durch die X-strahlen nicht aufgefunden werden, anderseits wurde in einem Fall ein deutlicher Schatten im Tarsus erzielt, wo eine Hutnadel bereits entfernt worden war. Ausserdem bewiesen die angestellten Versuche, dass man nicht immer nach dem Negativ genau auf den Sitz des betreffenden Gegenstandes schliessen kann. Die Sichtbarmachung auf lichtempfindlichem Schirm ist natürlich ein bedeutender Fortschritt; doch wird erst dann, nach Meinung des Verf., eine genaue Bestimmung der topographischen Verhältnisse und eine Verkürzung der Expositionszeit ermöglicht sein, wenn stärkere Crookes'sche Röhren construirt werden, die die vorläufig noch verloren gehenden Strahlen sammeln und concentriren.

R. Butz: «Ueber operative Eingriffe bei Milzverletzung». (Nr. 39).

Eine 28-jährige Frau hatte eine Stichverletzung der linken Seite erhalten. Bei der 1. Stunde später erfolgten Aufnahme in's Hospital waren alle Zeichen acuter Anämie vorhanden. Aus einer Stichwunde im 10. Intercostalraume links in der hinteren Axillarlinie war ein Stück Netz ausgetreten. Die Wunde wurde erweitert und nach Resection der 9. und 10. Rippe erwies sich, dass die Wunde durch die Pleura und das Diaphragma in die Bauchhöhle penetrirte. Unter dem Diaphragma lag die durchstochene Milz, aus der reichlich Blut quoll, das die Bauchhöhle erfüllte. Der Milzhilus wurde unterbunden und die Milz exstirpirt. Nach Toilette der Bauchhöhle wurden Tampons eingeführt und die Ränder der Diaphragmawunde mit der äusseren Wunde vernäht. Am nächsten Tage wurden die Tampons entfernt, nach 6 Tagen waren die vernähten Theile per primam geheilt. Der Wundverlauf wurde durch Exsudatansammlung in der linken Pleurahöhle, die eine zweimalige Rippenresection erforderte, gestört, doch genas die Patientin schliesslich. Die Splenectomie hatte weiter keine üblen Folgen.

M. Peschina: «Ueber Immunisirung gegen den Pneumococcus». (Nr. 40).

Nach der von Klemperer angegebenen Methode wurde eine Anzahl Kaninchen mit dem Talomon'schen Coccus immunisirt. Die Injection des Serums dieser Thiere erwies sich auch für den Menschen ungefährlich und brachte keinen antipyretischen Effekt (bei Typhus) hervor. Einem Pneumoniker dagegen am 4. Krankheitstage in einer Menge von 5 ccm. injicirt, veranlasste es einen Abfall des Fiebers von 39° auf 38,1° in 4 Stunden, Transpiration, Euphorie, Abnahme der Dyspnoe und normale Temperatur nach 12 Stunden. Eine Temperaturerhöhung trat später nicht mehr auf. Allzu beweisend ist natürlich der Fall nicht, wie Verf. selbst zugiebt. Später, von April 1895 an wurde mit der Immunisirung einer jungen Ziege, auch nach Klemperer begonnen. Dann ging P. nach manchen fehlschlagenden Versuchen auf eine beschleunigende Immunisirung desselben Thieres über, die darin bestand, dass ausser Reinkulturen von Nährmaterial, direct von inficirten Thieren oder von Leichen an Pneumokokkeninfection verendeter Thiere übergeimpft wurde. Auf diese Weise wurde ein Serum erzielt, dass bedeutend kräftiger immunisirend wirkte, wie das an Kaninchen bewiesen werden konnte. Auch dieses Serum hatte keinen schädlichen Einfluss auf den Menschen, doch hatte P. leider noch keine Gelegenheit es bei Pneumonie zu erproben.

I. Pawlow: «Ueber die secretorische Thätigkeit des Magens während des Hungerns». (Nr. 41).

Die Versuche wurden bei einem Hunde mit Magenfistel angestellt, dem der Oesophagus durchschnitten und in die Hautwunde eingenäht worden war. Beim Hungern waren Haupthindernisse für die Secretion des Magensaftes Mangel an Wasserzufuhr und an Salzsäure, wurde dieser beseitigt, so konnte normaler Saft in genügender Menge gewonnen werden. Der Säuregehalt fiel nicht während des Hungerns, er blieb ungefähr auf derselben Höhe, wie vor dem Hungern. Der Fermentgehalt blieb auch, ungeachtet der zeitweise starken Secretion (nach Eingiessen von Wasser und Salzsäure) derselbe, wie am erstem Tage. Offenbar arbeitet also der Magen während der Hungerperiode auf Kosten anderer Organe. Daneben wurde constatirt, dass sobald die Möglichkeit einer Secretion beseitigt war, auch der Appetit des Hundes fiel oder gänzlich schwand.

G. Malkow: «Ictus cordis alternans und pulsus aequalis (celer) in einem Fall von Aortenaneurysma und Insufficienz der Semilunarklappen». (Nr. 41).

Verf. glaubt, dass in dem von ihm beobachteten Fall das Aneurysma (der aufsteigenden Aorta und des Aortenbogens) eine Art Regulator vorstelle, so dass die Pulswelle die Componente der auf einander folgenden starken und schwachen

Herzcontractionen bildete und daher nur als pulsus celer zum Ausdruck kam. Im selben Fall wurde ein den Herzcontractionen synchrones vom Magen ausgehendes Plätschern gehört, das durch Druck des nach unten verschobenen Herzens auf den mit Flüssigkeit und Gas gefüllten Magen entstand.

W. Ratimow: «Zum Andenken an Prof. E. Bogdanowski». (Nr. 42).

J. Deil (Prag): «Eine neue Erklärung der Entstehung der Stauungspapille». (Nr. 43).

D. hat mit Hilfe einer besonderen Methode, die er nicht angiebt, Serienschnitte von Stauungspapillen bei Hirn- und Augentumoren und Meningitis tuberculosa angelegt. Dabei gelang es ihm die Ursache der Compression der Centralvene in Knickung und Einklemmung derselben durch die vom Sehnerven abgedrängte Scheide nachzuweisen. Der Theil der Vene, der in der Sehnervenscheide verläuft, ist dabei erweitert, der die Scheide durchsetzende Theil dagegen hochgradig verengt. Dieses kann z. B. eintretren bei retrobulbärer Entzündung des Sehnerven, wo die Gefässe in den Nerv einmünden.

P. Borissow: «Zur Analyse der Färbung weisser Blutkörperchen». (Nr. 43).

Der Inhalt der sich zum kurzen Referat nicht eignenden Arbeit lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Protoplasma aller Leukocyten und Lymphocyten und ihre Granula acidophil sind und in Folge dessen dem Protoplasma basische Eigenschaften zukommen, die Kerne dagegen basophil sind, also sauren Charakter haben. Ausserdem geht aus den Färbeversuchen hervor, dass sich zwischen Farbe und Färbeobject eine chemische Verbindung herstellt.

T. Pawlow: «Materialien zur Pathologie der Syphilis». (Nr. 42—46).

Bei genauer mikroscopischer Untersuchung der Organe eines im gummösen Stadium verstorbenen Syphilitikers konnte P. feststellen, dass die Hauptveränderungen in von den Gefässen ausgehenden interstitiellen Processen bestehen, was ja allgemein bekannt ist.

Um nun zu erfahren, ob diese Veränderungen auch in anderen Stadien und bei Syphilitikern ohne jede Nebenerkrankung vorkommen, excidirte Verfasser mehreren Patienten, die im zweiten Stadium standen, anscheinend normale Hautstückchen und untersuchte dieselben mikroscopisch. Auch hier konnte heerdweise Anhäufung von Rundzellen im Statum papillare und darunter nachgewiesen werden. Die Endothelzellen der Intima waren im condylomatösen Stadium gequollen, die Adventitia kleinzellig infiltrirt, im gummösen Stadium die Adventitia verdickt, bindegewebig verändert. Bei Section eines zweiten Syphilitikers konnten ähnliche Befunde, wie im ersten Fall erhoben werden. Zur Controlle untersuchte P. 3 an Tuberkulose Verstorbene und fand bei ihnen neben specifisch tuberkulösen Affectionen ähnliche Veränderungen der Gefässe in Form von Endo- und Periarteriitis verschiedenen Grades, wie oben. Daher hält er diese nicht charakteristisch für Lues, sondern nimmt an, dass sie neben Tuberkulose, auch bei anderen chronischen Erkrankungen vorkommen dürften.

S. Wladislawlew: «Ein Fall von abgesackter Peritonitis bei Abdominaltyphus». (Nr. 44).

Bei einem 17-jährigen an schwerem Typhus erkrankten Patienten entwickelten sich in der fünften Krankheitswoche Symptome einer Peritonitis. In der Ileocoecalgegend war deutliche Fluctuation vorhanden. Autor eröffnete die Bauchhöhle, entfernte eine Menge geruchlosen serös eitrigen Exsudates, fand einen normalen Wurmfortsatz, keine Darmperforation und tamponirte nach sorgfältiger Toilette, ohne Zerstörung der zahlreichen Verklebungen, die Wundhöhle. Am 4. Tage beim Verbandwechsel wurden fäculenter Geruch des Eiters und Fäcalbröckel im Verband constatirt. Eine Perforationsöffnung wurde nicht gefunden. Am 10. Tage nach der Operation verschwand der fäculente Geruch und der Tampon enthielt keine Kothpartikel. Allmählich erholte sich Patient vollkommen.

D. Grigorjew: «Ein Fall von symmetrischer Gangrän». (Nr. 44—47).

Bei einem an chronischer Nephritis leidenden 50-jährigen Patienten entwickelte sich aufsteigende Gangrän beider Beine, die bis über die Kniee sich verbreitete. Die Section ergab Myocarditis interstitialis chronica, Endocarditis chronica, Endoaortitis, Nephritis parenchymatosa et interstitialis, Thrombosis arter. femoralium.

J. Deil (Prag): «Anatomische Erklärung des sogenannten Coloboma maculae luteae». (Nr. 45).

D. hatte Gelegenheit obige Veränderung des Auges mikroscopisch zu untersuchen und fand, dass im Gebiet des Koloboms die Gefässhaut fehlte und durch eine bindegewebige Platte ersetzt war. Die Art. ciliares breves waren auf der Chorioidalseite von Bindegewebe umgeben und gingen unter der Netzhaut in Knötchen über, die aus zahlreichen Gefässconvoluten bestanden. Dicke Bindegewebsstränge in diesen Gefässbündeln durchbohrten stellenweise die Netzhaut und ragten kolbenförmig in den Glaskörper hinein. Die Netzhaut kleidete den ganzen Boden des Koloboms aus, nur an den Rändern desselben fehlten die äusseren Schichten. Die Gegend zwischen Papille und Kolobom war auch der Gefässhaut entkleidet, an deren Stelle eine bindegewebige, wenig gefässreiche Schicht sichtbar war. Es handelte sich also in diesem Fall um eine chorioidale Teleangiektasie und unvollständige Entwickelung der Gefässhaut in der Umgebung.

A. Walter: «Deutliche Beispiele von Anpassung des Pankreas an die Speisen». (Nr. 45).

Bereits früher hat W. bei seinen Arbeiten über die secretorische Thätigkeit des Pankreas nachgewiesen, dass einem jeden eingeführten Nahrungsmittel eine bestimmte Quantität und Qualität des Pankreassaftes entspricht. Bei genauerer Untersuchung erwies sich nun, dass bei Einführung von Fett mehr Fettferment, bei Einführung von Brod mehr amylolytisches Ferment secernirt wird. Das beweist also die Anpassung der secretorischen Thätigkeit, die dabei keineswegs in der Schnelligkeit der Secretion ihren Grund hat. Die elementaren Bestandtheile der eingeführten Nahrung treten als specifische Erreger des Pankreas auf, so dass Amylacaen und Fette reflectorisch nur die Secretion ihres entsprechenden Ferments hervorrufen. Die übrigen Qualitäten der Secretion wurden dabei nicht beeinflusst.

N. Huhn: «Ein Apparat zum Redressement des Buckels nach Calot». (Nr. 45).

Vergl. Petersb. med. Wochensch. Nr. 52: Protokolle des Vereins Pbg. Aerzte.

S. Wulfsohn: «Ueber die psychische Beeinflussung der Secretion der Speicheldrüsen». (Nr. 45).

Bei Hunden mit Speichelfisteln kann durch den Anblick der Nahrung die Thätigkeit der Submaxillaris und Parotis angeregt werden, doch muss dazu die Vorstellung vom Zustand der Nahrung kommen. Denn bei Durst bringt der Anblick des Wassers nur wenige Tropfen Speichel zur Secretion (? Ref.), beim Anblick trockener Speise dagegen fand W. reichliche Secretion. Ein anderes wichtiges psychisches Moment ist der Widerwillen. In dem bei Erregung von Widerwillen secernirten Speichel ist die Menge der festen Bestandtheile eine sehr geringe, der Wassergehalt sehr gross: was sich dadurch erklären lässt, dass der Speichel in diesem Falle die Mundhöhle nur ausspülen soll.

D. Ssokolow: «Diphtherie und Scharlach in Petersburg». (Nr. 46).

Der in der Gesellschaft der Pbg. Kinderärzte gehaltene Vortag beleuchtet den Gang der in letzter Zeit epidemisch auftretenden obigen Infectionskrankheiten auf Grund der von den Hospitälern eingelieferten Daten.

S. Posadski: «Die Diphtherie in Petersburg». (Nr. 46).

Vefasser führt statistische Daten über die Zahl der im Alexanderbarackenhospital in den letzten 15 Jahren aufgenommenen Diphtheriekranken an, aus denen hervorgeht, dass dieselbe im Jahre 1896 bedeutend zunahm. In den früheren Jahren betrug die jährliche Zahl durchnittlich 302, im Jahre 1896 wurden 1506 aufgenommen, im Jahre 1897 (bis 1. November) 2694 Diphtheriekranke. Ebenso stieg auch die Mortalität: früher betrug sie im Mittel 13,2 Procent, 1896 stieg sie auf 18,8, 1897 auf 34,3. Zugleich nahm die Zahl der während der ersten 24 Stunden Verstorbenen zu. Ein Hauptgrund hierfür ist wohl die Thatsache, dass während früher Erwachsene überwiegten, jetzt Kinder die Mehrzahl der aufgenommenen Patienten bildeten. Das auffallende, vom Verfasser übrigens mit Stillschweigen übergangene, Resultat der in diesem Hospital geübten Serumbehandlung beruht bekanntlich auf einer bei der Serumgewinnung im besonders hierfür eingerichteten Laboratorium fehlerhaft gemachten Bestimmung der Immunitätseinheiten.

L. Popelski: «Ueber das Schicksal des Zuckers bei Hunden mit Eck'scher Fistel». (Nr. 46).

Verfasser wollte bei seinen Untersuchungen (im Institut für Experimentalmedicin) die Grösse der der Leber zukommenden



zuckerzerstörenden Function prüfen. Zu dem Zweck fütterte er 2 gesunde (Control) Hunde und einen Hund mit Eck'scher Fistel (Verbindung der Pfortader mit der unteren Hohlvene) mit grösseren Mengen Rohrzucker. Der Zucker im Urin wurde durch Titriren mit Fehling'scher Lösung bestimmt. Verfasser konnte nur bestätigen, was vor ihm bereits vielfach und gründlicher bewiesen wurde, dass nämlich bloss ein geringer Bruchtheil des eingeführten Zuckers im Urin nachweisbar ist, bei normalen Hunden circa 1 Proc., beim Hunde mit Eck'scher Fistel circa 13,5 Proc. im Mittel, so dass also, wenn man den Zuckergehalt des Leberarterienblutes dazu rechnet, circa 1/4 des eingeführten Zuckers in der Leber zurückgehalten werden dürfte. Wo der übrige Zucker bleibt, kann Verfasser natürlich nur muthmassen, zumal sich seine Untersuchungen nur auf den Urin beschränken und nicht einmal den Zuckergehalt des Blutes berücksichtigen.

Weyert.

Wratsch Nr. 44—52 1897.

W. Schengelidse: «Ueber die Hepatitis purulenta». (Nr. 44 und 45).

Verf. beobachtete 3 Fälle von Leberabscess, deren Krankengeschichten und Sectionsbefunde genau mitgeteilt werden.

I. Sudakow: «11 Echinococcusfälle». (Nr. 44).

Der Echinococcus scheint im transbaikalischen Gebiete recht häufig vorzukommen: im Laufe von 2 Jahren beobachtete Verf. in Tschita 11 Fälle, grösstentheils bei Burjaten, die sich mit der Viehzucht beschäftigen und unter sehr antihygienischen Verhältnissen in Jurten leben. In 8 Fällen handelte es sich um Echinococcus der Leber, die 3 übrigen waren gemischte Fälle, d. h. die Echinococcusblasen fanden sich gleichzeitig in mehreren Organen. Von den 11 Kranken waren 9 Frauen. Alle Fälle wurden operirt, davon starben 4, darunter 2 mit Echinococcus in mehreren Organen und 2 mit Leberechinococcus. Ihrer Seltenheit wegen sind folgende Fälle beachtenswerth: Fall 6 mit Leberechinococcus, in dem das Flüssigkeitsquantum 48 Pfund betrug, während das bis jetzt beschriebene grösste Flüssigkeitsquantum nur 28 Pfund erreichte. Fall 7 — primärer Echinococcus der Regio supraclavicularis und im Gebiete des Gefässplexus am Oberarm der entsprechenden Extremität; Fall 9, in dem freie Echinococcusblasen in der Harnblase gefunden worden sind.

A. Birstein: «16 Fälle von totaler vaginaler Uterusextirpation». (Nr. 44).

Prof. A. Brandt: «Hypertrichosis». (Nr. 42, 43, 44 und 45).

Schwarz: «Die Morbidität der einheimischen Bevölkerung der Stadt Taschkent». (Nr. 44 und 45).

Kurzer Bericht des Ambulatoriums des Männerhospitals für die Jahre 1886—1897. Es prävaliren: Hautkrankheiten, Malaria und Syphilis.

E. Popow: «Zur Pharmakologie des Pellotins». (Nr. 47).

(Vorläufige Mittheilung).

I. Versuche an Fröschen. Dosen unter 0,005 g. haben auf Frösche mittlerer Grösse keine Wirkung. Nach subcutaner Injection von 0,005—0,01 g. Pellotinum muriaticum treten sofort Trägheit und Mattigkeit ein; dieser Zustand dauert etwa 3—4 Stunden, worauf die Thiere sich wieder erholen. 0,02 g. wirken in den meisten Fällen letal. II. Versuche an Warmblütern. Mittlere Pellotindosen — 0,07 g. pro Kilo — in's Blut injicirt rufen bei Warmblütern zuerst rasch eintretende Excitation und Steigerung der Reflexe hervor bei vollkommen erhaltenem Bewusstsein, darauf Depression mit Herabsetzung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit; dieser Zustand dauert 2—3 Stunden, worauf die Thiere sich erholen. Im Excitationsstadium ist die Athmung und Herzthätigkeit beschleunigt. Bei letalen Dosen — 0,1 pro Kilo in's Blut — lassen sich im Excitationsstadium verschiedenartige Krämpfe beobachten: klonische, tetanische, Trismus, Opistotonus. Der Tod tritt während eines Krampfanfalles ein. Bei Dosen, die viel kleiner sind, als 0,07 g. pro Kilo und niemals zu Krämpfen führen, kann man eine langdauernde Steigerung der Erregbarkeit der Hirnrinde beobachten; bei diesen kleinen Dosen (0,008 g. pro Kilo) tritt auch eine ausgesprochene Blutdrucksteigerung und Beschleunigung der Herzcontractionen ein. Bei Thieren mit durchschnittenem Rückenmark tritt keine Steigerung, sondern ein Sinken des Blutdruckes ein. Auf die peripheren Endigungen der motorischen und sensiblen Nerven sowohl, wie auf die Muskeln, scheint das Pellotin keine Wirkung zu haben.

W. Orlow: «Zur Frage über die Parasiten des Krebses». (Nr. 47 und 48).

G. Kubarew und A. Terestschenko: «Ueber den Soldatenkwass». (Nr. 47, 48 und 49).

E. Nesnamow: «Der Xerophthalmus und seine Behandlung». (Nr. 49).

Verf. kam zur Ueberzeugung, dass bei der Behandlung der Trockenheit des Auges zwei Aufgaben zu erfüllen sind: 1) muss den Thränen die Möglichkeit gegeben werden die fettige Oberfläche der Conjunctiva und Cornea zu benetzen und 2) muss die Thränensecretion vermehrt werden durch Reizung der sensiblen Trigeminusästchen, die sich ausserhalb des Auges verbreiten. Erstere erreicht N. durch Auswaschen des Auges mit physiologischer Kochsalzlösung mit einem geringen Wasserzusatz; nach Entfernung der eingetrockneten Schleimklümpchen wird die Bindehaut und Hornhaut mit Aether abgerieben. Letzteres verursacht etwas Brennen und starke Röthung des Auges, hat aber keine weitere schlimme Folgen für dasselbe. Die Hornhaut wird dabei glänzend, spiegelnd und glatt, die Conjunctiva feucht; die ganze Oberfläche des Auges wird von den Thränen gut benetzt, die Bewegungen der Lider werden frei. Zur Vermehrung der Thränensecretion wird dem Pat. Ammoniak zu riechen gegeben. Nach 2—3 Einathmungen tritt starke Thränensecretion ein und das Auge bleibt etwa 2 Stunden lang gut befeuchtet. In den ersten Tagen der Behandlung wird der Ammoniak 5—6 Mal gerochen, darauf genügt es 2—3 Mal. In einem sehr schweren Xerosisfalle erzielte Verf. durch diese Behandlung fast vollständige Heilung.

N. Iwanow: «Adeno-fibro-myoma cysticum sarcomatodes carcinomatosum». (Nr. 49 und 50).

N. Gurewitsch: «Zur Frage der Behandlung der einfachen Brüche durch Massage». (Nr. 50).

(Vorläufige Mittheilung).

40 Fälle verschiedener subcutaner Brüche wurden vom Verf. vom ersten Tage ihrer Aufnahme in's Krankenhaus durch Massage behandelt. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt G. zu folgenden Schlüssen: Die Massage, auch wenn sie sofort nach dem Trauma angewandt wird, verursacht keine Schmerzen, sondern mildert dieselben; indem sie den Muskeltonus und Spannung der übrigen Gewebe herabsetzt, erleichtert sie die Reposition und Erhaltung der Bruchenden in ihrer normalen Lage. Sie verursacht auch weder eine Dislocation noch eine übermässige Beweglichkeit der Bruchenden, deren richtige Lage immer controlirt werden kann. Bei systematischer Anwendung der Massage tritt die Heilung der Brüche früher ein, als unter dem Contentivverbande. Bei Fracturen in der Nähe oder innerhalb der Gelenke bleibt bei Massagebehandlung die Function der betroffenen Gelenke vollkommen erhalten. Von besonderer Bedeutung ist sie bei Leuten im höheren Alter und bei schlechtem allgemeinem Ernährungszustande. Bei Brüchen, die zur Dislocation stark geneigt sind, kann die Massage gleichzeitig mit einem Verbande angewandt werden. Der sich bildende Calus ist von geringem Umfange und verliert bald seine Empfindlichkeit. Fast alle Arten der subcutanen Brüche der Extremitätenknochen können durch Massage behandelt werden, die Indicationen und Einzelheiten dieser Behandlung müssen aber in jedem Falle streng individualisirt werden.

R. Tuwim: «Ueber die Wirkung des Atropins bei Delirium tremens und analogen Krankheiten». (Nr. 50).

(Vorläufige Mittheilung).

Verf. behandelte 200 Deliriumfälle durch kalte Uebergiessungen im warmen Bade und erreichte dabei sehr befriedigende Resultate: in den meisten Fällen trat gleich nach dem ersten Bade tiefer, gesunder Schlaf ein, von dem die Pat. vollkommen gesund erwachten. Dieselbe günstige Wirkung hatten die Uebergiessungen auch bei mit Schlaflosigkeit und Delirien einhergehenden Typhusfällen, in einem Falle posttyphöser Psychose und in 2 Fällen von Dementia senilis, die mit Schlaflosigkeit und grosser Unruhe complicirt waren. Da die physiologische Wirkung solcher Uebergiessungen eine das Centralnervensystem erregende ist, so glaubt Verf. ihren günstigen Einfluss beim Delirium tremens und analogen Krankheiten nur durch die Annahme erklären zu können, dass gewisse Theile des Gehirns bei diesen Krankheiten sich in einem Depressionszustande befinden. Er versuchte daher die Uebergiessungen durch subcutane Injection von Atropin (0,001) zu ersetzen, dessen Wirkung ebenso eine das Centralnervensystem erregende ist. In 10 Fällen trat gleich nach der ersten Injection Beruhigung ein und nach 15—20 Minuten tiefer Schlaf. Auch bei dem posttyphösen Psychosefalle hatte das Atropin eine sehr gute Wirkung.

A. Minin: «Resection eines Sympathicusstückes». (Nr. 50).

Bei einem an essentieller Epilepsie leidenden 16-jährigen Knaben resecirte Verf. ein Stück des Sympathicus mit dem Ganglion cervicale inferius. Die Anfälle dauerten zwar fort, wurden aber um die Hälfte kürzer, das Herzklopfen und die Unruhe, die den Pat. den ganzen Tag vor dem Anfalle belästigten, sind vollkommen geschwunden, auch trat nach dem Anfalle keine Depression mehr ein, wodurch Pat. sich sehr erleichtert fühlte. Einige Zeit nach der Operation starb Pat während eines Anfalles.

S. Lawrow: «Zur Therapie des Milzbrandes». (Nr. 50).

Verf. behandelt den Anthrax durch innerliche Darreichung von Karbol nach folgender Vorschrift: Acidum carbolicum crystal. 12 gran, Spirit. vini 1—2 Drachmen, Aq. destil. 7 Unzen und Mucilag. gummi arabici 1 Unze 2 Stündlich 1 Esslöffel. Localumschläge mit einer Mischung von Sublimat und Carbolsäure, nach 2—3 Tagen, wenn die Temperatur normal geworden ist und die Eiterpusteln zusammenfallen — eine Jodoform- oder 3—4%. Naphthalinsalbe. Mit den Resultaten dieser Behandlung ist L. sehr zufrieden.

Th. Alexeew: «Apocynum cannabinum, als Mittel gegen Wassersucht». (Nr. 50).

In schweren Fällen von uncompensirten Herzfehlern mit hochgradigen Oedemen und Ascites, in den alle übrigen Herzmittel versagten, versuchte Verf. das Apocynum cannabinum und zwar das Extractum vinosum desselben in Dosen von 3 bis 5 Tropfen, 3 Mal täglich. Die Resultate waren glänzend: schon vom 2.—3. Tage trat eine starke vermehrte Harnentleerung ein und gleichzeitig damit eine ausgesprochene Besserung der übrigen Krankheitssymptome. Beim Hydrops anderen Ursprungs, infolge von Leber- und Nierenkrankheiten, ebenso beim Fettherz, blieb das Apocynum wirkungslos. Es ist ein den Herzmuskel kräftigendes Mittel und wirkt nur bei uncompensirter Herzthätigkeit infolge von Herzfehlern und Arteriosclerose. In geeigneten Fällen entfaltet es seine Wirkung schon nach 2—3 Tagen, tritt nach höchstens 5 Tagen keine vermehrte Harnausscheidung und keine Besserung der übrigen Symptome ein, so ist der weitere Gebrauch des Mittels nutzlos. 3—5 Tropfen, 3—4 Mal täglich, genügen vollkommen, grössere Dosen verursachen zuweilen Magendarmstörungen und Schmerzen in der Herzgegend. Das Mittel kann längere Zeit hindurch gebraucht werden, da es keine cumulative Wirkung hat.

Prof. N. Fenomenow: «Zur Technik der intraperitonealen Operationen am Uterus». (Nr. 51).

W. Orlow: «Zur Behandlung der klimacterischen Blutungen». (Nr. 51).

In 3 Fällen von klimacterischen Blutungen und in einem Falle von Fibromyoma uteri versuchte O. intrauterine Injectionen einer 5%-igen Alumnollösung nach der von Prof. Grammatikati vorgeschlagenen Formel:

Alumnol 2,5,
Tinct. Jodi,
Spirit. vini rectificatissimi (95%) aa 25,0.

4 Tage vor dem Beginn der Injectionen wurden der Patientin Ausspülungen mit Creolin oder Sublimat (1:2000) 2 mal täglich verordnet, Abends zuvor bekam sie ein Klysma und unmittelbar vor der Injection eine Ausspülung. Die Kranken vertrugen die Injectionen, die alle 2—3 Tage wiederholt wurden, sehr gut; nur im Beginn der Behandlung klagten sie über geringe Schmerzen im unteren Theile des Abdomens. Die Resultate waren sehr günstig: die Blutungen wurden nach einigen Injectionen geringer oder hörten sogar ganz auf. (Siehe auch diese Beilage 1896, pag. 49).

P. Hellat; «Ueber die Zwerchfellsathmung». (Nr. 51).

Von allen Gesanglehrern wird der Athmung die grösste Bedeutung beigelegt. Die meisten guten Sänger geben der Abdominalathmung den Vorzug. Leider sind aber in den Handbüchern für Sänger die Ausführungen darüber, was man unter Abdominalathmung zu verstehen hat, oder wie man dieselbe sich aneignen kann, viel zu mangelhaft, um den Lernenden einen klaren Begriff davon zu geben. Auch die medicinische Literatur ist im Betreff der Athmungsfrage beim Singen noch recht lückenhaft. Nach der Ansicht des Verf. verdient die Abdominalathmung den Vorzug, da bei derselben die resonatorischen Verhältnisse in der Lunge bedeutend günstiger sind, als bei den übrigen Athmungstypen. Ferner besitzen die Abdominalmuskeln eine grosse Anpassungsfähigkeit an die Willensimpulse; endlich geschieht der Druck auf die Lungen und auf das Luftvolumen nicht durch starre Wände, wie bei der Costalathmung, sondern durch elastische, lufthaltige Zwischenlager, bestehend aus Gedärmen und Magen.

N. Schurygin: «Pathologisch-anatomische Veränderungen des Penis im Greisenalter». (Nr. 51).

Vorläufige Mittheilung.

J. Strsheminsky: «Wiederherstellung des Lidrandes bei Entropium und Trichiasis nach Trachom». (Nr. 52).

G. Wolynzew: «Ueber das Wesen des Abortivtyphus und sein Verhalten zur Widal'schen Reaction». (Nr. 39 u. 52).

An der Hand eines diagnostisch schwierigen Falles, kommt Verf. zum Schluss, dass der Begriff des Abortivtyphus noch ein sehr unklarer ist. Das Studium der die Widal'sche Reaction betreffenden Literatur zeigt, dass in den Fällen, wo auf Grund der klinischen Beobachtung die Diagnose nicht zu stellen ist, auch die Widal'sche Reaction nur wenig zu leisten im Stande ist. A. Sacher.

Westnik Oftalmologii. November—December 1897 [1].

I. Markow: «Hyalitis striata et Retinitis proliferans. Nebst sechs Zeichnungen des Augenhintergrundes.

Die Fälle sind an der Charkower Klinik beobachtet worden und betrafen Männer von 25. 28. 36. 44 und 45 Jahren. M. ist gegen die Bezeichnung «retinitis» da in diesen Fällen die Neubildung des Bindegewebes im Glaskörper nichts gemein habe mit Erkrankungen der Netzhaut. Spontane wiederholte Blutungen im Auge sind stets als Erkrankungsursache nachzuweisen gewesen.

H. Knapp: «Bemerkungen zur Staaroperation».

Auf der Sitzung der Augenärztlichen Section in Moskau am 8. August 1897 vorgetragen und auf Wunsch des Autors von Dr. Natanson in's Russische übersetzt. Erscheint demnächst deutsch in den Sitzungsberichten des Congresses.

S. Waudry: «Eine neue sichere Methode zur Erzeugung einseitigen Doppelsehens».

Ebenfalls in Moskau vorgetragen. In extenso in dem Congressberichte zu lesen.

W. Ssirotkin: «Eine Modification der Panas'schen und Flarer'schen Entropiumoperation».

Enthält Bekanntes.

E. Kuschew: «Eine neue Entropiumoperation».

Ist nichts Anderes, als die bekannte Operation Watson-Junge.

W. A. Loktew: «Zwei Fälle von Colobom des Sehnerven». Nebst einer Zeichnung.

G—n.

Djetskaja Medicina 1897, Nr. 4 und 5.

W. Tschernow: «Ueber locale und allgemeine Symptome der Autointoxication aus dem Magen-Darmkanale; Oedeme ohne Albuminurie». (Nr. 4 und 5).

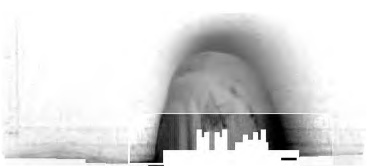
D. I. Orlow: «Beobachtungen, angestellt in einem Kinderasyle, über die künstliche Ernährung von Säuglingen». (Nr. 4).

Zur künstlichen Nahrung wurde ein Gemisch von sterilisirter Milch und Gerstenabkochung verwandt, in einer je nach dem Alter der Kinder verschiedenen Proportion. Die Sterbezahl in den 2 Beobachtungsjahren war eine recht grosse: von 30 Kindern starben 11. Der Grund dafür wäre wohl in verschiedenen Misständen in hygienischer Beziehung zu suchen.

S. N. Kalmjkow: «Ein Fall von Febris intermittens». (Nr. 4).

Der Fall ist deshalb von Interesse, weil es ein Kind von 2 Monaten betrifft, welches in einer sumpfigen Gegend geboren, an häufig auftretenden Krampfanfällen mit erhöhter Temperatur erkrankte. Die Erkrankung begann in Form einer Dyspepsie mit Koliken, dann erfolgten 2 heftige Anfälle von clonischen Krämpfen, und nach 7 Tagen stellten sich derar-

[1]) Zurechtstellung: «Das Referat des Westnik Oftalmologii in der Beilage Nr. 11 und 12 1897 umfasst die Monate Mai—Oktober, nicht wie es, aus Versehen, Mai—Juni gedruckt wurde.



tige Paroxysmen täglich ein. Die Tagesstunde wurde von letzteren nicht genau eingehalten: bald erfolgten sie des Morgens, bald Abends und waren in ihrer Dauer von einander verschieden. Im Blute wurde während der Anfälle eine beträchtliche Anzahl specifischer Plasmodien aufgefunden. Auf Grund dieses Umstandes konnte die Diagnose gestellt werden, obgleich die sonst übliche Milzschwellung nicht vorhanden war. Das Kind wurde aus der ungesunden Gegend entfernt, in ein Hospital gebracht und unter einer subcutan eingeleiteten Behandlung von Liquor kalii arsenicosi genas es recht bald.

A. Kissel: «Ein Fall von multipler Periostitis acuta syphilitica bei einem 6-jährigen Mädchen» (Nr 4).

Das 6-jährige Mädchen erkrankte an recidivirenden Anschwellungen des Periost's einiger Röhrenknochen, welche nach längerem Gebrauche von Jodnatrium innerlich verschwanden, höckrige Unebenheiten der Knochen zurücklassend. Während des acuten Stadiums waren vorübergehend lancinirende Schmerzen vorhanden. Im Laufe der Behandlung zeigte sich einmal am weichen Gaumen ein tiefes Geschwür mit unebenen, unterminirten Rändern und schmutzigen Belag, welches nach 2½ Wochen zur Verheilung kam. Ungeachtet dessen konnte anamnestisch Lues nicht eruirt werden.

B. Egis: «Ein Fall von gleichzeitiger Masern und Streptokokkeninfection». (Nr. 4).

Ein 2-jähriges Kind wurde vom Verf. ins Hospital aufgenommen mit den Erscheinungen einer Scharlachinfection, welche durch microscopische und bacteriologische Untersuchung des Rachenschleims und des Blutes bestätigt wurde. Klinisch bot es folgendes: Im Gesicht, auf Kopf, Brust und Rücken ein diffuses Erythem, besäet mit kleinen punctförmigen Petechien. Leichte Conjunctivitis. Starke Angina. Pneumonischer Herd im linken oberen Lungenlappen. 3 Tage darauf wurde die Conjunctivitis stärker, der Husten heftiger, bellend und auf Kopf und Hals kam ein deutliches Masernexanthem zum Vorschein, welches sich typisch von oben nach unten über den ganzen Körper verbreitete. Das erstere Erythem und die Petechien verblassten. Die Angina wurde heftiger, die Schleimhaut oberflächlich nekrotisch. Am IV Tage Abends Tod unter den Erscheinungen von Herzlähmung. Bei der Autopsie fand sich hochgradige parenchymatöse Degeneration der Organe, wie bei schweren septischen Erkrankungen. Ein Kind, welches neben dem genannten im selben Krankenzimmer sich befunden hatte, erkrankte 13 Tage darauf an einem typischen Masernexanthem, welcher Umstand zur Bestätigung der oben genannten Diagnose dienen kann.

Th. P. Krassnobajew: «Ein Fall von Leptothricosis amygdalarum bei einem 1 Jahr 5 Monate alten Kinde». (Nr. 4).

Bei einem ambulatorisch wegen Influenza behandelten Kinde fand sich als zufälliger Nebenbefund folgendes: beide Mandeln sind bedeckt mit einem diffusen, weisslichen, käseartigen Belag, der sich mit dem Spatel leicht entfernen lässt und eine absolut intacte Schleimhaut der nicht vergrösserten, reactionslosen Mandeln zum Vorscheine bringt. Eine Mitbeteiligung der Unterkieferdrüsen nicht vorhanden. Microscopisch wurden Leptothrixfäden nachgewiesen.

A. Borchmann: «Acute Nephritis, als Complication bei einem Keuchhustenfall». (Nr. 4).

Nephritis muss beim Keuchhusten als eine seltene Complication bezeichnet werden. Bei dem 4-jährigen Knaben, den Verf. behandelte und welcher im Stadium convulsivum 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung, ins Hospital aufgenommen wurde, konnte in der 7. Erkrankungswoche beim Verschwinden der Hustenanfälle eine Nephritis diagnosticirt werden. Maximum des Eiweisses war 7‰. Die Nierenentzündung war schon beinahe ganz verschwunden, als ein heftiger Dysenterieanfall den Knaben dahinraffte. Bei der Section fand man die Erscheinungen der acuten parenchymatösen Nephritis.

N. Korolew: «Ueber die Anwendung des Sperminum Poehl bei Säuglingen und namentlich bei Frühgeburten». (Nr. 5).

Auf Grund seiner 29 Fälle, wo Spermin vom Verf. zu therapeutischen Zwecken angewandt wurde (in 13 Fällen handelte es sich um Frühgeburten) ist er der Ansicht, dass das Spermin in verschiedenen Krankheitsfällen bei Brustkindern den übrigen Analepticis an die Seite gestellt werden dürfe. Bei Bronchitis capillaris und pneumonia cat. war kein Erfolg zu sehen. Wohl aber konnte eine Hebung des Allgemeinbefindens bei Cholera infantilis beobachtet werden. Bei Frühgeburten begiune man nicht zu spät mit den subcutanen Spermineinspritzungen, verabfolge aber auch zugleich noch andere Analeptica.

S. Selzer: «Arsen, in der Therapie des Scharlachs». (Nr. 5).

Die günstige Wirkung, welche Arsen auf den Verlauf des Scharlachs nach einer Mitteilung Speranski's haben sollte, muss Verf. in Folge seiner Misserfolge mit diesem Mittel bei einer Scharlachepidemie absolut negiren. Auch die dem Arsen zugeschriebene prophylactisch wirkende Eigenschaft hat sich nicht bestätigt, denn 2 Kinder, welche schleunigst von ihrem an Scarlatina erkrankten Bruder getrennt wurden, erkrankten beide an derselben Krankheit obgleich sofort mit Verabreichung des Arsens begonnen wurde. Jedoch der Umstand ist bemerkenswert, dass beide Kinder eine Scharlacherkrankung leichter Form boten, ohne jegliche Complication oder Nachkrankheit, was ganz isolirt dastand in der an diesem Orte herrschenden schweren Epidemie, mit 49,1% Sterblichkeit. Auf Grund dieses glaubt Verf. die Möglichkeit einer coupirenden, abschwächenden Wirkung dem Arsen nicht ganz absprechen zu dürfen.

Weitere Beobachtungen wären natürlich wünschenswert.

L. P. Alexandrow: «Ein Fall von Hydrocele muliebris». (Nr. 5).

Der Fall betrifft ein Mädchen von 1 Jahr 8 Monaten, bei der angeblich nach einem Trauma eine Geschwulst in der rechten grossen Schamlippe entstanden war. Es handelte sich um eine Hydrocele muliebris, einen seltenen Fall von Flüssigkeitsansammlung im diverticulum Nuckii. Operative Entfernung der mit klarer Flüssigkeit angefüllten Cyste. Heilung per primam.

A. Kowalski: «Zur Frage der Diphterie der oberen Luftwege». (Nr. 5).

Bericht über 53 Kranke, welche im Tschernigow'schen Landschaftsspital zur Behandlung kamen. Die grösste Krankenzahl fiel auf das 1—5. Jahr. In sämmtlichen Fällen kam das Serum zur Anwendung. Mortalität 10.2%. Die Intubation wurde 27 mal an 19 Kindern vorgenommen. Von den Intubirten starben 6. Prophylactisch wurde das Serum 27 mal angewandt, in keinem Falle erkrankte das immunisirte Kind.

Im Allgemeinen scheint diese Epidemie nicht zu den schweren gehört zu haben.

N. N. Alexejew: «Ein Fall von epidemischer Cerebrospinalmeningitis mit Meningitis suppurativa als Nachkrankheit». (Nr. 5).

Ein 11-jähriger Knabe erkrankte an Cerebrospinalmeningitis, welche einen günstigen Ausgang zu nehmen schien, als am 38 Erkrankungstage die Symptome einer Meningitis sich zu entwickeln begannen. Exitus letalis. Bei der Section fanden sich die Merkmale einer Convexitätsmeningitis und Hydrocephalus internus.

N. N. Alexejew: «Ein Fall von acutem Gelenkrheumatismus, complicirt mit Endo- und Pericarditis». (Nr. 5).

Mitteilung eines Falles von acutem Gelenkrheumatismus bei einem 7-jährigen Knaben, welcher relativ leicht auftrat, durch sich hinzugesellende Endo- und Pericarditis aber letal endete.

Th. P. Krassnobajew: «2 Fälle von Oedemen ohne Albuminurie». (Nr. 5).

Die beiden mitgeteilten Fälle, ein Mädchen von 3 Jahren und eins von 1 Jahr 11 Mon. betreffend, beziehen sich auf die klinische Erscheinung des Auftretens von Oedemen ohne jegliche Albumenspuren im Urin. Beide Kinder waren gut genährt, also Kachexie musste ausgeschlossen werden, ebenso keine Angaben vorangegangener Scarlatina vorhanden. Die Oedeme schwanden nach Aufhören der vorhandenen Darmstörung, welch' letzteren Verf. geneigt ist in gegebenen Fällen das Oedem zuzuschreiben.

P. Michailow: «Ein paranephritischer Abscess mit Perforation ins Duodenum». (Nr. 5).

Ein 7-jähriger Knabe erkrankte mit Schmerzen im Abdomen und abendlichen Temperatursteigerungen, nach 3 Wochen wurde er mit der Diagnose eines subdiaphragmalen Abscesses ins Hospital aufgenommen. Operation bestand in Eröffnung eines Eiterherdes auf der rechten Seite des Abdomens. Es entleerte sich faeculent riechender Eiter. Am 9. Tage postoperationem exitus letalis. Bei der Section fand man neben der rechten Niere einen Eitersack, der nach oben bis zum Zwerchfell reichte. Dieser Sack communicirte mit der hinteren Fläche des Duodenums. Zwichen der Gallenblase, Duodenum und dem Querdickdarm Verklebungen.

Th. Hecker.

Medicina. Nr. 33—37.

P. Dmitrijewski: «Kurze Bemerkungen über ausländische Kinderkliniken. Schluss. (Nr. 33).

M. Pargamin: «Das Weib vom medicinischen Standpunkt». Fortsetzung. (Nr. 33—37).

Rosenbach: «Allgemeine Therapie der Herzkrankheiten». Uebersetzt von J. Kaplan. Fortsetzung. (Nr. 33—37).

M. Stern: «Ein Fall von Melaena neonatorum». (Nr. 34).
Zwei Tage nach der Geburt des ausgetragenen Kindes, das asphyktisch zur Welt kam, begannen blutiges Erbrechen und blutige Stühle, die sich mehrmals wiederholten. Ausser den Zeichen von acuter Anaemie war nichts weiteres nachweisbar. Bei Darreichung von gekühltem Getränk und eines Secaleinfuses sistirten am nächsten Tage die Blutungen. Verfasser glaubt, dass eine zu frühe Abnabelung in seinem Falle der Grund der Melaena war.

Kuleschow: «Ein Fall von Diphtherie mit seltener Complication (Lungenlähmung)». (Nr. 35).
Ein Kind von 1 Jahr machte eine leichte Tonsillardiphtherie durch, wobei K. 200 Einheiten Behring'schen Serums injicirte. Eine Woche nach vollkommener Genesung stellten sich Erbrechen und Durchfall ein. Namentlich ersteres wiederholte sich die folgenden Tage häufig und wurde am nächsten Tage so heftig, dass ein Theil der dunkel gefärbten erbrochenen Massen aspirirt wurde. Am nächsten Tage wurde das Kind somnolent, es stellte sich Dyspnoe ein (über den Lungenbefund ist nichts gesagt) und in der folgenden Nacht starb das Kind. Verfasser glaubt, dass das Erbrechen cerebralen Ursprungs war und zwar «durch Paralyse des Theiles des Hirnapparates hervorgerufen, von dem die Respiration abhängt und von wo der N. vagus mit den Verzweigungen im Phrenicus seinen Ursprung nimmt». Er ist der Meinung, dass beim Zustandekommen dieser Paralyse nicht wenig auch das Serum beigetragen haben mag, weil es vom Jahre 1895 war. (Das Jahr der Beobachtung ist nicht angegeben).

Galdinski: «Zur Pathologie der Helminthiasis». (Nr. 35).
Ein junges, kräftiges Subject starb 2 Jahr nach Auftreten von heftigen Schmerzen im Leibe, häufigem Erbrechen und Herzschwäche. Die Section ergab 3 Exemplare von Ascaris in der Bauchhöhle, wohin sie durch eine Perforationsöffnung im Pylorus gelangt waren. Die Umgebung der Oeffnung war nicht entzündet, nicht verklebt mit dem Peritoneum und hatte scharfe Ränder.

W. Zarubin: «Zur Therapie des acuten und chronischen Trippers». (Nr. 36).
Verfasser controllirte 1) die therapeutische Wirkung des Alumnols bei acutem Tripper, 2) die Behandlung des chronischen nach Tommasoli. In den 15 Fällen von acutem Tripper veringerte sich die Zahl der Gonococcen nach Injection von 1/2—2%. Es traten Recidive und damit wieder Vermehrung der Gonococcen ein. Mit der Tommasoli'schen Spritze wurden 15 Fälle von Urethritis anterior und posterior chronica behandelt. Die Einführung von Lanolinsalben mit Lapis (1—3%) ergab keine Besserung der Erkrankung: alle Symptome verblieben in demselben Masse nach längerer Behandlung, wie bei Beginn derselben.

Weyert.

Medicinskoje Obosrenje 9—10. November und December 1897.

M. Tscheglow: «Ein Fall von Pseudo-Actinomykose der Lunge».
An dem 21-jährigen Arbeiter (Theemaschinenputzer,-fabrikmässig werden die Theemaschinen geputzt mit Wolle und Tuch-Abfällen) constatirte Verf. Symptome einer chronischen Lungenentzündung mit Cavernenbildung, daneben amyloide Entartung der Nieren. Es war auf der Hand eine Lungentuberkulose anzunehmen. Doch die eingehende Untersuchung des Sputums ergab das Fehlen von Tuberkelbacillen; statt deren fand Verf. eine Menge dünner, schwach grün gefärbter (Carbolfuchsin und Malachitgrün) Fäden, die theils vereinzelt, theils in netzförmiger Anordnung zusammen lagen. Die Fäden erinnerten an Actinomycesfäden. Bei Ausbreitung des Sputums auf schwarzes Glas konnte Verf. eine grosse Menge weisslicher Körner constatiren; die grössten derselben waren nur stecknadelkopfgross, die kleineren nur mit der Lupe nachweisbar. Die mit Wasser ausgewaschenen Körner zeichneten sich durch einen penetranten Geruch aus. Die mikroskopische Untersuchung der ungefärbten Präparate erwies, dass die Körner aus einem dichten Fadennetz bestanden, die Fäden waren aber dünner, als die Actinomyces und hatten keine Verzweigungen, auch waren keine Kolben nachweisbar. Nach Gram, Gram-Nicolle und Weigert konnten die Fäden nicht gefärbt werden, auch die für Leptotrix charakteristische Jodreaction fiel negativ aus. Es gelang dem Verf. auch Reinculturen der Körner darzustellen. Bei der Section fand Tscheglow eine Verdichtung des linken Oberlappens und Sklerose mit Bronchiektasiebildung im linken Unterlappen. Im rechten Unterlappen waren stecknadelkopfgrosse grau-weissliche Knötchen zerstreut. Das Mikroskop zeigte in der Peripherie dieser Knötchen Granulationszellen, nach innen eine schwach gefärbte nekrotische Masse, in der ab und zu noch Kerner und Kernreste zu finden waren, im Centrum aber eine dunkler gefärbte Masse, die sich als eine Zooglaeacolonie erwies und Analogie mit den oben beschriebenen Körnern zeigte. Verf. meint, dass man es hier mit einer besonderen, noch nicht beschriebenen Leptotrixform zu thun habe.

D. Gorochow: «Zur Casuistik der Graviditas tubaria».

A. Pawlowski: «Ueber die Immunisation und Serumbehandlung bei Rhinosklerom». (November).
Vortrag gehalten auf deninternationalen Congress in Moskau.

P. Radswitzki: «Ueber amyloide Entartung der Augenbindehaut». (December).
Eingehende Schilderung eines diesbezüglichen Falles, wobei die amyloide Degeneration von der Caruncula lacrymalis ihren Ausgang nahm. Verf. war bemüht die Beziehungen des Amyloids zu den Formelementen der Gewebe (den Zellen und Fasern) und zu dem sog. Hyalin klar zu stellen. Weder die Epithel- noch die Bindegewebs und lymphoide Zellen, die ihre morphologische Eigenschaften nicht eingebüsst haben, geben die Amyloidreaction; dagegen fanden sich zwischen den Fasern reticulären Gewebes in der subepithelialen und der vierten Schicht Häufchen homogener Substanz von verschiedener Grösse und Form, die eine deutliche Amyloidreaction aufwiesen. Diese Häufchen lagen vollkommen frei zwischen den Zellen und Fasern des Grundgewebes. Ausserdem aber konnte Verf. in der subepihelialen Schicht auch solche homogene Gebilde auffinden, bei denen nur ein Theil die charakteristische Reaction zeigte, der andere Theil blieb ungefärbt und wies die charakteristische Färbung des Hyalins (Methode von Kühne) auf. Auf Grund seiner eingehenden Studien schliesst sich Verf. der Meinung von Verworn, Recklinghausen und Maximow an, dass das Amyloid einen metamorphosirten Eiweisskörper darstelle. welcher von den Zellen des erkrankten Gewebes secernirt wird.

I. Woskressenski: «Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie».
Die in 10 Tagen lethal verlaufene Krankheit beobachtete W. bei einem Soldaten, der bis zu der Erkrankung vollkommen gesund war, — es liess sich kein aetiologisches Moment nachweisen. Die Körpertemperatur blieb im Verlaufe der ganzen Krankheit normal und stieg nur in den letzten Stunden auf 38,8. Der Puls war zunächst verlangsamt (60), zu Ende der Krankheit beschleunigt (120). Von Seiten des Magendarmtractus constatirte W: Erbrechen, Obstipation, Verkleinerung der Leberdämpfung, Vergrösserung der Milz. Der Icterus war sehr intensiv. Sensorium nicht frei, starke Unruhe, Delirien, krampfhafte Zuckungen in den Muskeln der oberen Extremitäten, zum Schluss Coma. Die Pupillen reagirten zunächst schwach auf Licht, dann aber fehlte die Reaction gänzlich. Bei der Section konnte W. das typische Bild der acuten Leberatrophie nachweisen (makro- und mikroskopischer Befund).

I. Germann: «Zur Casuistik der Erytrophobie».

S. Abramow: «Zur Casuistik der primären Myocarditiden».
Verf. beschreibt einen in klinischer und ätiologischer Beziehung sehr interessanten Fall von primärer Myocarditis bei einem 28-jährigen Bauer. Derselbe gab an früher ganz gesund gewesen zu sein. Seine Erkrankung begann nach einem starken Sturz vom Pferde. Klinisch erwies sich die Krankheit als eine Insufficienz der Aortenklappen (stark vergrösserte Herzdämpfung, diastolisches Geräusch an der Aorta und systolisches an der Herzspitze. Die Section ergab, dass es sich um eine relative Insufficienz der Semilunarklappen handelte in Folge starker Dilatation des linken Ventrikels und intensiver fibröser Verdickung der Klappen. Die genaue mikroskopische Untersuchung des Herzens erwies, dass es sich um eine diffuse interstitielle Myocarditis handelte; dabei spielte im linken Ventrikel der Untergang der Muskulatur die Hauptrolle, wogegen die Bindegewebsneubildung ganz zurücktrat; in den übrigen Herzabschnitten trat deutlich die intensive Bindegewebswucherung hervor, wogegen ein Zerfall der Muskelsubstanz nicht zu constatiren war. Verf. hält den Fall für eine primäre Myocarditis und möchte in Analogie zu den von Ziemssen und Riegel beschriebenen Fällen das Trauma als ätiologisches Moment nicht von der Hand weisen.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 7 Февраля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 2. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Djetskaja Medicina 1897, Nr. 6.

Prof. N. Filatow: «Ein Fall von Pseudomeningitis».

Besprechung eines Falles von Pseudomeningitis hysterica bei einem 8 Jahre alten Mädchen.

A. A. Polievktow: «Die Behandlung des Keuchhustens mit Phenokoll».

P. hat in sieben Fällen von Pertussis das Phenocollum hydrochloricum angewandt und hält es dank dem erhaltenen Erfolge für ein durchaus brauchbares Mittel in der Therapie des Keuchhustens. Wenn auch kein Specificum, so verkürzt es ganz ohne Frage den Verlauf des Keuchhustens; die Paroxysmen treten dank dem Phenokoll seltener auf, sie werden weniger heftig und weniger qualvoll für die Kranken.

N. N. Neupert: «2 Fälle von Larynxdiphterie ohne Membranen».

N. beschreibt 2 Fälle von tödtlich verlaufenem Larynxcroup, wo während des Lebens und bei der Section absolut keine Membranen nachgewiesen werden konnten, die bacteriologische Untersuchung jedoch des Schleimes, welcher den Mandeln und dem Larynx entnommen wurde förderte characteristische Culturen von äusserst virulenten Diphteriebacillen zu Tage wie auch solches durch vorgenommene Thierversuche bestätigt wurde. Beim Palpiren des Kehlkopfs vor der Intubation erschien derselbe äusserst hart, infiltrirt. Bei der Section fand sich hochgradiges Oedem der Ligamenta ary-epiglottica.

I. S. Tschuprin: «Ueber subdurale Abscesse, ihre Diagnostik und Behandlung».

Für ein recht wichtiges Symptom, welches die Diagnose eines intracraniellen Abscesses wesentlich erleichtern könnte, hält Verf. ein Heraustreten des Eiters durch eventuell vorhandene Fisteln in dem Momente, wenn der Pat. sich forcirt aufbläst. Etwa in derselben Weise, wie es geübt wird, um eine Trommelfellperforation zu constatiren. Auch bei Abscessen in der Schädelhöhle, entstanden im Anschluss an eine Otitis media suppurativa, könnte man dieses Symptom auch bei Abwesenheit von Fistelgängen verwerthen. Und zwar würde für einen Abscess sprechen ein reichliches Heraustreten des Eiters aus dem Ohr beim Aufblasen des Pat., nach einer vorher gründlich vorgenommenen Auswaschung des Ohres. Irgend welche Infiltrationen, Eiterungen am Halse oder in der Mundhöhle müssten von vornherein ausgeschlossen sein. Wenn nun, bei Vorhandensein dieses Symptoms, es directe Hinweise giebt anamnestisch auf irgendwelche Hirnerscheinungen, so sei die Diagnose absolut sicher, wie es auch solches der Fall war in dem vom Verf. in seiner Mitteilung beschriebenen Krankheitsfalle. Es handelte sich hier um einen 14-jährigen Knaben, bei dem seit 9 Jahren einseitig eine Ohreiterung bestanden hatte und häufig hinterm Ohr Abscesse zum Durchbruch kamen, welche unter Zurücklassen von 2 Fistelöffnungen verheilten. Unter localer Aetheranaesthesie operirte Verf. Nach Entblössen des Knochens mit dem scharfen Löffel liess Pat. durch Aufblasen Eitertröpfchen durch den Knochen durchtreten. Es was eine Ostitis rarificiens vorhanden. Eröffnung des Schädeldaches und Ausspülen der Abscesshöhle mit einer Lösung von Hydrargyrum sozojodolicum 1:400. Heilung erfolgte nach 5 Wochen.

E. L. Sokolowski: «Polypnoe bei einem 3 Jahre alten Kinde».

Ein dreijähriger Knabe, mit starken Anzeichen von Rachitis, sonst aber im allgemeinen gesund. bietet das klinische Symptom einer Tachypnoe oder Polypnoe in hohem Grade. Nämlich, die Atmung erfolgt beständig, nicht etwa paroxysmal auftretend, höchst frequent, sie ist oberflächlich, ohne jedoch irgendwelche Anzeichen sichtbarer Dyspnoe zu bieten. Der Atemtypus ist nicht rein ausgesprochen, aber vorwiegend diaphragmal. Die Hülfsmuskeln sind nicht in Thätigkeit. Die Zahl der Atemzüge pro Minute betrug im Schlaf 66—80, im wachen Zustande stieg sie bis zu 118. Eine Steigerung der Frequenz durch psychische Alterationen lässt sich nicht constatiren. Diese Polypnoe scheint den Pat. in keiner Weise anzugreifen, oder zu ermüden. Der Puls schwankt um 90 herum pro Minute, ist regelmässig.

Die Eltern des Pat. führen den Beginn dieses Zustandes auf einen sehr schweren Scharlach zurück, welchen Pat. mit 1½ Jahren durchgemacht hat. Bis dahin war der Knabe vollkommen gesund. Da es nun bekannt ist, dass, wenn auch selten, durch Scharlach verschiedene Reizungszustände der Gehirnrinde, wie Epilepsie, Chorea etc. ausgelöst werden, so ist Verf. auch hier geneigt die Polypnoe einer Alteration der Hirncorticalis zuzuschreiben, hervorgerufen durch das Scharlachgift. Ueber die Art und Localisation dieser Hirnlaesion liesse sich jedoch nichts bestimmtes vermuten.

Zu bemerken ist es noch, dass diese Polypnoe keinerlei Therapie zugänglich war.

K. Halberstamm: «Ein Fall von Oedema ohne Albuminurie».

Dass Darmstörungen das Auftreten von Oedemen ohne gleichzeitiges Vorhandensein von Albumen im Urin bedingen können, worauf bereits einige Autoren hingewiesen haben, wird durch den Fall H.'s, der ein 2 Jahre altes Mädchen betrifft, gleichfalls bestätigt.

A. Kissel: «Ein Fall von epidemischem Icterus bei einem 4 a. n. Knaben mit letalem Ausgang».

Die Krankengeschichte bietet nichts Besonderes.

Zum Schluss teilt Verf. mit, dass er recht oft Gelegenheit gehabt hat (wie oft?) die Erkrankung an epidemischem Icterus zu beobachten, dabei 8 Mal mit tötlichem Ausgang und besonders zu bemerken sei, erfolgte der Exitus ziemlich zu Beginn der Erkrankung, wobei es sich sonst um wohlgenährte Kinder handelte.

A. Kissel: «Ein Fall von Meningitis tuberkulosa bei einem 1 Jahr und 8 Monate alten Knaben,ohne die üblichen Symptome verlaufend. Exitus. Section.

Hecker.

Eshenedelnik Nr. 45 (1897)—5 1898.

W. Dagilaisky: «Ein Fall von Neuritis optica mit Wiederherstellung des Sehvermögens nach dreiwöchentlichem Verlust desselben». (Nr. 45).

Ein 26-jähriger Pat. bot folgendes Krankheitsbild dar: Vis. utr. = 0, Stauungspapille beiderseits, links mehr ausgesprochen, Sattelnase, Ozaena, ein Defect im weichen Gaumen, Auftreibung der tibia, palpable Lymphdrüsen. Die Behandlung war eine antisyphilitische, Heurteloup'sche Blutentziehung an den Schläfen. Nach drei Wochen bedeutende Besserung. Es muss eine Functionsstörung der Opticusbahnen in Folge verstärkten Intraoculardruckes oder eine directe Compression des Opticusverlaufes durch ein Gumma bestanden haben.

A. Malinowsky: «Geburt einer Frucht per vias naturales bei Extrauteringravidität». (Nr. 45).

38-jährige II para (letzte Geburt vor 10 Jahren), Beginn der Wehen am regelrechten Termin. M. fand die Kreissende in folgendem Zustande: Schwacher frequenter Puls, Temp. erhöht, Fruchtwasser seit mehr als 24 Stunden abgegangen, bei der äusseren Betastung fühlt man ausser dem graviden Uterus entsprechend dem Ende der Schwangerschaft rechts von diesem eine recht feste zweifaustgrosse Geschwulst, kindliche Herztöne nicht zu hören, keine Wehen, Kopf fest im Beckeneingang. Nach vergeblichem Zangenversuch Perforation und Extraction des Foetus. Die Geschwulst, die äusserlich abgetastet wurde, verkleinerte sich nicht. Die in die Gebärmutterhöhle eingeführte Hand fühlt nirgends eine Placenta, die Nabelschnur führt direct in die rechte erweiterte Tube, in dieser befindet sich die Placenta, die manuell entfernt wird. Wochenbett normal.

L. Finkelstein: «Intubation bei Diphtherie an Kindern mit gleichzeitiger Anwendung von Heilserum». (Nr. 46 und 47).

Vor Einführung des Heilserums genasen, wie Verf. auf Grund einer Statistik von 610 Fällen berechnet — 33% von Larynxdiphtheriekranken bei Anwendung der Intubationsmethode, seit Einführung des Heilserums bei derselben Methode 69%. Letztere hat Verf. in 65 Fällen angewandt, 5 mal ohne, 5 mal mit ungenügendem Resultat. Die Tube wird eingeführt, wenn die Stenosenerscheinungen ziemlich deutlich ausgesprochen sind und das Kind nicht zu schwach ist, im Durchschnitt liegt die Tube 46 Stunden. Verf. bespricht die Vorzüge der Intubationsmethode und erweist sich als ein warmer Anhänger derselben. Die Tracheotomie wird bedeutend in den Hintergrund gedrängt und bleibt in der Reserve. Dagegen soll für die Intubationsmethode ein viel breiteres Feld der Anwendung eingeräumt werden.

J. Stein: «Ueber Bismuthum salicylicum» (Nr. 48).

Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass das salicylsaure Bismuth local reizende Eigenschaften besitzt z. B. in Salbenform auf der Haut. Bei der chemischen Untersuchung liess sich die Anwesenheit freier Salicylsäure nachweisen.

A. Kuljabko-Koretzky: «Ein seltener Fall von Volvulus». (Nr. 48).

Ein 22-jähriger Soldat kam am 5. Tage der Erkrankung unter dem Bilde des Volvulus zur Beobachtung Verf's mit starken Schmerzen, Aufgetriebenheit des Leibes, facies Hypocratica, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Bei der Operation zeigten sich vielfache Verwachsung zwischen den Därmen und dem Peritoneum, in der Mittellinie war ein Strang zu fühlen, der ins linke Hypochondrium zog, daselbst befanden sich der Blinddarm mit dem proc. vermif., ein Theil des Colon ascendens und eine Dünndarmschlinge. Alle diese Theile waren im Mesenterium 4 fach torquirt und wurden redressirt, wobei der eben erwähnte Strang auch verschwand. Die Darmwand war an 2 Stellen lädirt und daher mit Lambert'scher Naht versorgt. Tod bald nach der Operation. Die bei der Section gemessene Länge des Darmcanales vom Pylorus bis zum Anus betrug 1392 Ctm.

A. Germonius: «Die Diphtherie-Epidemie im Jamburgschen Kreise». (Nr. 49).

Von 38 an Diphtherie Erkrankten und nicht mit Heilserum Behandelten starben 42,1%; von 30 mit Serum Behandelten 3,3%. Die Krankheitsdauer war in der zweiten Hälfte der Beobachtungszeit, während welcher das Behringsche Heilserum angewandt wurde, um's Doppelte verkürzt.

G. G—n: «Diphterie und das Heilserum — über eine Epidemie im Gouvernement Simbirsk». (Nr. 49).

Referat einer Arbeit von Worobjew.

I. Stein: «Retention einer todten Frucht in der Gebärmutterhöhle». (Nr. 50).

Die 31-jährige Pat. hatte 2 mal geboren, die dritte Schwangerschaft wurde wegen beständigen Erbrechens künstlich unterbrochen, dazwischen litt sie an Haemoptoe, welche die Indication zur Unterbrechung der zum 4. Mal eingetretenen Schwangerschaft im vierten Monat gab. Das 5. Mal stand Pat. unter ständiger Beobachtung Verf's, der constatiren konnte, dass sich der Uterus im Beginn der Schwangerschaft (6 Wochen) vergrösserte, dann aber in seinem Wachsthum sistirte und erst am Ende des fünften Monates die Frucht ausgestossen wurde.

D. Bogatjirew: «Trauma der Vagina durch den coitus». (Nr. 50).

Eine Risswunde im rechten Scheidengewölbe, von der die Portio abgelöst war. Naht. Heilung.

P. Loschtschilow: «Ueber das Xeroform». (Nr. 51).

L. rühmt die desinficirenden Eigenschaften des Xeroforms.

G. Karageosanz: «Ueber Rhinitis atrophicans und Ozaena simplex». (Nr. 51).

K. verordnet Tinct. Jodi 3 Tropfen in Milch innerlich 3 mal täglich durch 2—3 Monate hindurch und local wird mit 1—2% Resorcin-Glycerinlösung gepinselt.

I. Stein: «Ein Fall von Mischinfection: typhus abdominalis mit Scharlach». (Nr. 52).

Bei einem 5-jährigen Jungen zeigte sich in der dritten Woche eines Unterleibstyphus ein ausgesprochenes Scharlachexanthem mit Angina, wobei das Fieber nur einen Tag dauerte; danach trat Schelferung ein.

G. Katzenellenbogen: «Ferripyrin bei Dysenterie». (Nr. 52).

Das Ferripyrin, das in der Dosis von 0,6 4 mal täglich einem Erwachsenen verordnet wird, ist ein gutes Stypticum und Adstringens und hat sich bei der Behandlung der Dysenterie bewährt.

Selensky: «Ein Fall von rheumatischer Erkrankung des Ligam. crico-arytaenoid». (Nr. 1).

Verf. beobachtete bei einem erwachsenen Mann, der nach einer Erkältung mit Fieber erkrankte, Schwellung der Halsgegend mit starker Druckempfindlichkeit in der Gegend der linken Art. crico-arytaenoidea. Bei der laryngoscopischen Untersuchung konnte man im Inneren des Kehlkopfs gleichfalls eine locale Schwellung beobachten. Gleichzeitig bestand Rheumatismus eines Schultergelenkes. Unter Salicyl und Quecksilber-Ichthyolbehandlung gingen die Erscheinungen bald zurück. Per exlcusionem musste eine Affection auf rheumatischer Basis angenommen werden.

J. Gorschkow: «Ein Fall von Amaurose corticalen Ursprungs auf dem Boden «degenerativer Organisation». (Nr. 2).

Ein 26-järiger Soldat, Alkoholiker, litt an Psoriasis, allerhand psychischen Störungen (Hallucinationen, Melancholie) erhöhten Kniereflexen und einer ungleichmässig vertheilten Schmerzempfindung der Hautoberfläche. Alsbald stellte sich Amaurose ein bei negativem ophthalmoscopischem Befund. 35 Tage nach Anwendung eines Cantharidenpflasters trat binnen 3 Tagen vollkommenes Sehvermögen ein (Ableitung? Suggestion?), dabei schwanden auch allmählich die psychischen Abnormitäten. Es konnte im Zweifel bleiben, ob es sich um Deliriumerscheinungen (chron. Alkoholvergiftung), Hysterie oder degenrative Hirnerscheinungen handelte. Verf. entschied sich für die letztere Auffassung.

Beljawsky: «Ein Fall von allgemeiner Paralyse nach Diphtherie». (Nr. 3).

Verf. publicirt eine Selbstbeobachtung. B. erkrankte an einer septischen Diphtherie mit stark ausgeprägten localen Erscheinungen, Oedem der Hals- und Brustgegend, Cyanose, Fieber. Es wurde Heilserum Behring Nr. 3 dreimal injicirt. Alsbald stellte sich Paralyse des Gaumens ein, 4 Wochen darauf Arythmie der Herzthätigkeit ziemlich hohen Grades, daran schloss sich Paraesthesie, dann Anaesthesie der oberen Extremitäten, des Rückens, des Bauches, Halses und der unteren Extremitäten und Paralyse des Gaumensegels, der Extremitäten, des Mastdarms und der Blase — vollkommene Unfähigkeit auch nur ein Glied zu rühren, Temp. norm. Die letzteren Erscheinungen brauchten bis zur Erreichung ihrer Höhe ungef. 4 Wochen, welche Schritt für Schritt im Laufe von 8 Wochen, verschwanden. Die Behandlung bestand in Salzbädern, Electricität, Massage, Kumys. Verf. hatte nach Ablauf der ersten localen Erscheinungen gegen eine Mastdarmfissur 10% Cocainsalbe angewandt und lässt die Möglichkeit gelten, dass dieses auch auf das durch die eben überstandene Diphtherie geschwächte Nervensystem toxisch eingewirkt habe, doch neigt Verf. selbst mehr der Ansicht, dass die Lähmungserscheinungen direct mit der diphtheritischen Infection im Zusammenhang stehen.

W. Krotkow: «Ueber einige Symptome von Seiten des Nervensystems bei Vergiftung mit Hyoscyamus niger». (Nr. 4).

An drei mit Hyoscyamus niger vergifteten Kindern konnte Verf. die Beobachtung machen, dass Geräusche, gesprochene Worte etc. nicht von der Seite vernommen wurden, von der sie gerichtet waren, sondern von der entgegengesetzten Seite. Alsdann führten sie mehrfach die Manipulation des Beerenpflückens, zum Mundeführens und Kauens vor.

W. Rosenberg: «Ein seltener Fall von Erysipelas migrans mit Gangrän der Augenlider und der Lippen, und mit Nephritis complicirt. Genesung. (Nr. 4).

Ein 50jähriger Mann erkrankte mit Schwellung und Röthe des rechten Augenlides, das Erysipel verbreitete sich auf Gesicht, Hals, Brust, schliesslich fast über den ganzen Körper, anfangs bei nur subfebriler Temp. Im weiteren Verlauf trat Gangraen der Augenlider und der Lippen auf, ein Abscess der vorderen Halspartie und Nephritis. Genesung. Behandlung: anfangs Sublimatumschläge, dann Ichthyol-Vaselin 1:3, später 1:1; Campher innerlich und äusserlich und 2% Carbollösung subcutan.



W. Dagulasky: «Ueber die Thätigkeit der fliegenden oculistischen Colonnen». (Nr. 5).

D. hat seine augenärztliche Thätigkeit im Gouvernement Minsk entfaltet. Im Laufe von 2 Monaten wurden 2604 Kranke behandelt, die 5031 Besuche machten Aus der beigefügten Tabelle ist ersichtlich, dass die Erkrankungen des äusseren Auges am häufigsten vorkamen — 47%. Die Zahl der Augenärzte im Inneren des Reiches ist eine vollkommen ungenügende. Die Thätigkeit einer fliegenden Colonne ist als eine sehr segensreiche zu bezeichnen, welche wenigstens einem kleinen Theil der Bevöllkerung zu Gute kommt.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje. Januar 1898.

N. Filatow: «Zur Behandlung der Chorea minor».

Verf. weist zunächst auf die grosse Bedeutung eines hygienisch-diätetischen Regimes bei der Behandlung der Chorea minor hin. Schwere Fälle sollen durchaus so lang im Bette gehalten werden, bis die fortwährenden Zuckungen verschwinden, und die Kinder sich frei bewegen können; aber auch in Fällen, wo die Zuckungen nicht heftig auftreten, räth Verf. die betreffenden Kranken Tags über einige Stunden im Bette zu behalten. Selbstverständlich ist der Besuch der Schule zu verbieten; ferner soll eine mehr blande Diät durchgeführt werden. Was die medicamentöse Behandlung betrifft, so hat Verf. sehr günstige Resultate mit grossen Dosen von Arsenik erzielt. Das Kalium arsenicosum in Form der Fowler'schen Solution vertragen die Kinder in grösseren Dosen viel schlechter, als Acidum arsenicosum. In Folge dessen wendet F. letzteres Präparat an: es wird eine Lösung von 0,1: 100,0 Aq. destillat verschrieben: Kinder von 4—6 Jahren erhalten den ersten Tag ein halbes Theelöffelchen, von 10—12 Jahren einen ganzen Theelöffel, in den nächsten Tagen bis zum 7. Tage wird die Dosis um die eben genannte Quantität gesteigert, um dann wieder in derselben Reihenfolge die Dosis zu verringern. Die maximale Dosis pro die beträgt somit für Kinder bis zu 6 Jahren 3½ Theelöffel (14 gramm der Lösung) für ältere Kinder 7 Theelöffel (28 gramm). Zur Illustration der günstigen Wirkung dieser Behandlungsmethode führt Verf. einige Krankengeschichten an, wobei er besonders die unter der Arsenikbehandlung zu beobachtende Zunahme des Körpergewichts betont. Treten Symptome von Seiten des Magen-Darmcanals auf, so ist das Medicament sofort auszusetzen. Viele Kinder vertragen; es sehr gut, andere dagegen und namentlich solche, welche leicht zu Durchfällen disponiren, können es nicht vertragen bei solchen wendet Verf. subcutane Injectionen der unverdünnten Fowler'schen Lösung (sine spir. angel. parato) in Dosen von ¼—⅓ Spritze an. Von anderen Mitteln hat Filatow weniger günstige Resultate zu verzeichnen: die Salicylate wirken gar nicht, viel besser schon das Antipyrin, namentlich in Fällen, wo die rheumatische Grundlage der Chorea mehr zu Tage tritt. In schweren Fällen, wo die Zuckungen auch des Nachts fortbestehen und den Kindern den Schlaf rauben, verordnet Verf. Chloralhydrat und zwar 0,1 pro Dosi und pro Jahr, also einem 10-jährigen Kinde 1,0 zur Nacht, günstig wirken auch warme Bäder von 29°—30° R. Bei vorherrschender Anaemie verordnet F. Eisen und zwar die Bland-schen Pillen (Ferri sulfurici, Kalii carbonici c. tartaro aa 5,0 Mucilag. tragac. q. s. ut. f. pil. 40) 2 mal täglich 2—5 Pillen, oder Ferratin (Ferratini 2,0—4,0 Sacchar. 25,0 S. 2 mal täglich ½ Theelöffel).

A. Kissel: «Eine neue Behandlungsmethode der ulcerösen Stomatitis».

Die von vielen Autoren hervorgehobene günstige Wirkung des Kali chloricum konnte Verf. nicht bestätigen, in schweren Fällen lässt das Mittel vollständig in Stich; die mit ulceröser Stomatitis im Hospital liegenden Patienten werden auf die Weise behandelt, dass man 2 mal täglich die ganze Mundhöhle mit in 3%-iger Borsäure getränkten Wattebäuschen auswischt und die Kinder ausserdem anhält stündlich mit derselben Lösung zu gurgeln. Zur ambulatorischen Behandlung hat K. eine andere Methode eingeführt, die natürlich nur für schwere Fälle geeignet ist: die geschwürigen Flächen werden zunächst gereinigt, dann mit dem scharfen Löffel etwas ausgekratzt, und darauf hin wird Jodoformpulver auf dieselben gestreut. Sind die Geschwüre nicht gross und mehr oberflächlich, so kann man sich mit Jodoformeinstäubung genügen, ohne vorher den scharfen Löffel anzuwenden. In hartnäckigen Fällen erzielte K. mit der eben beschriebenen Behandlungsmethode sehr günstige Resultate. Die Aetzungen mit dem Lapisstifte hat Verf. gänzlich verlassen, da die Resultate nicht zufriedenstellend waren.

J. Russlow: «Zur Casuistik der cerebralen Hemianaesthesie».

2 casuistische Fälle.

S. Wermel: «Zur Symptomatologie der Tetanie».

Der vom Verf. beschriebene Fall ist insofern besonders interessant, als im Verlaufe der Krankheit sich schwere psychische und somatische Störungen hinzugesellten (Stupor, Anaesthesie, Sphincterenlähmung). In kurzer Zeit trat dann völlige Restitutio ad integrum ein.

A. A. Wwedenski: «Zur Diagnostik und operativer Behandlung einiger Krankheiten der Nieren.

Die sehr interessante Monographie eignet sich nicht zu kurzem Referate. Wir wollen hier nur die Schlussfolgerungen des Verf. anführen:

1) Die absolute Diagnose eines Nierensteines kann vor der Operation nicht gestellt werden.
2) Es ist möglich, dass man dieses mit Hülfe der Röntgenschen Strahlen erreichen wird.
3) Das Ausfliessen von Eiter oder trübem Harn aus einem Harnleiter und von normalem Harn aus dem anderen (mittels Cystoskop nachgewiesen) weist auf die Einseitigkeit der Erkrankung hin.
4) Die Diagnose eines Nierenabscesses kann mit absoluter Bestimmtheit nicht gestellt werden.
5) Die Diagnose einer Pyonephrose kann auf Grund einer eingehenden Würdigung der klinischen Erscheinungen und einer Analyse des Harns (namentlich der Schwankungen der Quantität) gestellt werden.
6) Die Pyurie und Haematuria weisen auf einen destructiven Process in den Nieren hin und geben eine Indication zur exploratorischen Operation ab.
7) Der exploratorische Schnitt in der Dicke der Bauchwand soll nicht quer, sondern schräg angelegt werden.
8) Die Besichtigung der Niere, deren Betastung giebt weniger Anhaltspunkte zur Diagnose, als die Acupunctur und namentlich der Schnitt.
9) Der exploratorische Nierenschnitt muss an der convexen Fläche angelegt werden.
10) Man soll thunlichst vermeiden das Nierenbecken anzuschneiden.
11) Die primäre Nephrektomie bei Nierensteinen, Pyonephrose und Nierenabscess muss nur auf Ausnahmsfälle beschränkt bleiben.
12) Die sofortige Anlegung einer Naht nach der Nephrotomie ist durchaus durchzuführen.
13) Bei Anurie und schweren Nierenblutungen kann das Aufschieben der Nephrotomie verhängnissvoll werden.

T. Krassnobajew: «Ein Fall von Gastro-Enterostomia bei narbiger Pylorusstenose an einem 7-jährigen Mädchen».

A. Ljanz: «Zur Anwendung des Salzwedel'schen Spiritusverbandes in der dermatologischen Praxis».

Verf. hat den von Salzwedel empfohlenen Spiritusverband bei verschiedenen Hautkrankheiten mit glänzendem Erfolge angewandt. Aeusserst günstig erwies sich diese Behandlungsmethode bei Furunkeln und bei Sycosis staphylogenes. In einem Falle von Tuberculose der Haut erzielte Verf. in sehr kurzer Zeit völlige Heilung. Günstige Wirkung des Verbandes erwähnt Ljanz ferner bei Onychie, bei Acne, Bubonen und Epidydimitis gonorrhoica.

N. Kuschew: «Ein Fall von multiplem Hautsarcom».

N. Prosorowski: «Ueber die Behandlung der serösen pleuritischen Exsudate mittels percutaner Anwendung des Guajacols.

Verf. führt 11 sorgfältig beobachtete Fälle an. Zur Einreibung verwandte er gewöhnlich 60 Tropfen einer Lösung von Guajacol in Jodtinctur 1:4. Die eingeriebene Hautfläche wurde mit Wachspapier bedeckt, und darauf kam ein einfacher Verband. In allen Fällen erzielte Verf. eine rasche Resorption des Exsudates und zwar in solch kurzer Zeit, wie er früher bei Anwendung der sonst üblichen Behandlungsmethoden nie erzielt hatte. Unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht ein. Die Reizung der Haut war so gering, dass man ruhig 5—7 Einreibungen hintereinander machen konnte. Zum vollständigen Verschwinden des Exsudates genügten 5—7 Einreibungen, doch konnte ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Grösse des Exsudates und der Zahl der Einreibungen nicht festgestellt werden. Bei fiebernden Kranken erzielte die Guajacoleinreibung ein Sinken der Temperatur von 0,2°—2,0°; doch stieg das Fieber bald wieder an und erreichte ihre ursprüngliche Höhe. Bei fieberlosen Kranken erzielte die Guajacoleinreibung nur eine geringe Temperaturerniedrigung

(0,8°). Die Diaphorese war gewöhnlich nur gering. Nach der Einreibung constatirte Verf. eine Zunahme der Urinquantität.

P. Rajewski: «Zur Behandlung der Actinomykose mit Jodpräparaten».

Verf. hat gute Resultate mit Jodnatrium erzielt und auch experimentell die bactericide Wirkung des Jodnatriums auf Actinomyces in vitro nachgewiesen.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. September—December Nr. XI—XII 1897.

A. P. Gubarew. «Die operative Behandlung der carcinomatös entarteten Gebärmutter». (IX).

In diesem, auf dem Congress zu Moskau gehaltenen, Vortrage hebt G. hervor, dass bei vaginaler Entfernung der Gebärmutter die Ausrottung des Zellgewebes an der Basis der breiten Mutterbänder äusserst schwierig, wenn nicht unausführbar ist. Bei vaginaler Exstirpation kann daher auf ein einigermassen günstiges Resultat nur dann gerechnet werden, wenn der Krebs sich in der Cervikalhöhle entwickelt hat, weil diese Form des Uteruscarcinoms nur langsam auf die Portio übergreift und die Muskulatur des Cervix eine Zeit lang der Ausbreitung der Neubildung per continuitatem Widerstand zu leisten vermag. Ganz andere Verhältnisse liegen vor, wenn der Krebs zuerst die Vaginalportion ergreift, resp. eine Neigung besitzt auf die Schleimhaut der Scheidengewölbe überzugreifen. Die zahlreichen Lymphbahnen befördern in solchen Fällen eine schnelle Infiltration der paracervicalen Gewebe und die klinische Erfahrung lehrt, dass hier Recidive in der Operationsnarbe sehr häufig auftreten.

Keine der vaginalen Operationsmethoden gestattet daher bei einem Portiocarcinom besonders, wenn dasselbe schon früh die Scheidengewölbe in Mitleidenschaft zieht, eine Entfernung aller Gewebe, welche ein Substrat für die Entwickelung eines Recidives abgeben können. Nur per laparotomiam sind alle diese Gewebstheile einer Entfernung zugänglich. Nur die Laparotomie kann ferner die Frage entgültig entscheiden, ob die Lumbaldrüsen schon afficirt oder die Lymphbahnen in den seitlichen Beckenwandungen schon mitergriffen sind, mithin eine Radicaloperation resp. vollständige Heilung überhaupt noch möglich ist.

Obgleich die unmittelbaren Erfolge nach der vaginalen Operation augenblicklich noch günstigere sind, als nach den ventralen, so muss als Operation der Zukunft doch das letztere Verfahren bezeichnet werden. Unter den oben auseinandergelegten Verhältnissen entspricht nur die Laparotomie den Anforderungen, wie sie von der modernen Chirurgie bei Entfernung der Mammacarcinome u. s. w. gemacht werden.

J. M. Lwow. «Die Colpotomia posterior bei entzündlichen Processen oder Neubildungen der Uterusadnexa». (IX).

Kurzer Bericht über 122 Colpotomien. Der Verlauf nach der Operation war ein vollständig glatter in 34 Fällen (28%); geringes nicht lange anhaltendes Fieber in 48 Fällen (40%). In 40 Fällen Fieber und locale entzündliche Vorgänge im Becken. Aus der letzten Gruppe starben 4 (3 an septischer Peritonitis, 1 an gonorrhoischer Myocarditis). Das spätere Befinden der Pat. war ein gutes: sie fühlten sich wohl und konnten arbeiten. 2 Pat. haben normal geboren, eine abortirt. Nur bei 2 Pat. war eine mehrmalige Operation, welche in der Entfernung der Adnexa der anderen Seite bestand, nothwendig. Indicirt hält Verf. die Operation: 1) bei Eierstockscysten bis zu Kindskopfgrösse welche im Douglas liegen und daselst incarcerirt oder adhaerent sind. 2) bei kranken Tuben und Ovarien oder Erkrankungen der breiten Mutterbänder en masse, wenn sie fest mit der Umgebung verbacken und nach hinten dislocirt sind. 3) bei beweglichen erkrankten und nach hinten luxirten Ovarien. Die Vorzüge der Colpotomia posterior vor der Coeliotomia abdominalis sind in diesen Fällen folgende: a) schnellere Heilung. b) geringere Gefahren, besonders wenn es sich um Entfernung eitriger Adnexe handelt. c) Die Möglichkeit früher sitzen und gehen zu können. d) weniger lang andauernde strenge Diät und hieraus resultirende geringere Entkräftung. e) die Möglichkeit schneller die frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen und f) das Fehlen einer Narbe der Bauchdecken und die daraus resultirende Gefahr einer Bauchdeckenhernie.

N. J. Pobedinski. «Ueber die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Kolpeurynter und Champetier de Ribes's Ballon». (IX).

In den 20 Fällen über welche Verf. berichtet, wurde die Frühgeburt eingeleitet: 13 mal bei engem Becken, 4 mal bei Nephritis und starken Oedemen, 2 mal bei schwacher Herzthätigkeit der Frucht und 1 mal bei einem Herzfehler mit Compensationsstörungen. Die in diesen Fällen gesammelten Erfahrungen Verfassers sind folgende. 1) Die Einführung eines Braun'schen Kolpeurynter's oder Champetier'schen Ballons ruft in der Regel nach kurzer Zeit Wehen hervor. Der Kolpeurynter darf zu anfangs nicht zu stark gefüllt werden, weil bei zu starker Dehnung des unteren Uterinsegmentes Wehen nicht so bald eintreten, als bei mässiger Füllung. Nach Eintritt regelmässiger Wehen kann der Ballon bis zu Kindskopfsgrösse gefüllt werden. 2) Die Einführung des Kolpeurynters über den inneren M. M. hinaus gelingt bei Mehrgebärenden von der 32 Schwangerschaftswoche an, in Folge der Nachgiebigkeit der Theile recht leicht, bei Erstgebärenden gelingt es in den letzten Schwangerschaftswochen meist auch ohne Gewaltanwendung, sonst legt man ein Bougie ein, welcher schon nach 5 -6 Stunden den M. M. so weit öffnet, dass die Einführung gelingt. 3) Der Champetier'sche Ballon hat den Nachtheil, dass er, besonders bei Erstgebärenden, häufig nicht ohne vorrückende Dilatation eingeführt werden kann, ausserdem ist dieser Ballon aus Seide nicht so dauerhaft, wie diejenigen aus Gummi. 4) Der Braun'sche Kolpeurynter kann trotz seiner Dehnbarkeit den M. M. vollständig erweitern, jedoch nur dann, wenn nicht zu heftig am Schlauch gezogen wird. Bei diesen Manipulationen, durch welche eine schnellere Beendigung der Geburt herbeigeführt werden soll, kann der Kolpeurynter auch ohne eine vollständige Erweiterung herbei geführt zu haben, herausgezerrt werden. 6) Es ist besser einen nicht zu starken aber beständigen Zug auszuüben, indem man den Typus der Wehen nachahmt. Der ohne Zug belassene Kolpeurynter bleibt häufig sehr lange in der Gebärmutter ohne starke Wehen auszulösen. 6) Die nach der Austreibung des Kolpeurynters zuweilen eintretende Wehenschwäche kann durch Sprengung der Blase bekämpft werden. 7) Wird eine Wendung bei noch nicht völlig erweitertem M. M. nöthig, so darf die Extraction nicht sofort erfolgen. 8) Dass bei strenger Anti- resp. Asepsis Puerperalerkrankungen zu vermeiden sind, beweisen die Fälle P.'s.

W. Th. Masslowski. «Zur Anatomie und Therapie der Extrauteringravidität». (VIII, IX).

Verf. referirt über einen Fall von Tubengravidität im 2. Schwangerschaftsmonat, welcher mit einem Tubenabort endete. Es trat in Folge der starken intraabdominellen Blutung Collaps ein; die Decidua uterina wurde in toto ausgestossen. In therapeutischer Beziehung ist der Fall beachtenswerth dadurch, dass der lebensgefährliche Collaps durch Klysmata mit physiologischer Kochsalzlösung beseitigt wurde und die sich bildende grosse Haematocele zur Resorption kam. Die an der ausgestossenen Decidua angestellten anatomischen Studien sind im Original nachzulesen.

N. M. Kakuschkin. «Bericht über die geburtshilflich-gynaekologische Section des XII. internationalen Congresses. (IX).

D. Abuladse. «Der fünfte Fall von Heilung einer completen Uterusinversion». (X).

Als aetiologisches Moment spielen nach Ansicht Verf.'s die tiefen Cervixrisse eine grosse Rolle. Der beginnenden Reinversion geht eine Theilung der Gebärmutter in einen Hohlmuskel (Muskelkappe) und einen Geburtsschlauch voraus. Zur vollständigen Reinversion sind unbedingt active Contractionen des Uterus nothwendig. Die Wirkung der Tamponade ist dabei keine, mechanische sondern eine dynamische.

W. Gogotzki. «Ein Fall von gewaltsamer Entwickelung einer lebenden Frucht nach erfolgtem Tode der Mutter». (X).

Im Falle G.'s handelte es sich um eine Pat. mit Eclampsie bei welcher Zwillinge diagnosticirt wurden. In Folge von Lungenoedem sollte ein Accouchement forcé vorgenommen werden; nach Erweiterung der M. M. wird das Köpfchen mit mit der Zange herabgezogen. Plötzlicher Tod der Pat. Beschleunigte Extraction der ersten, leicht asphyctischen, Frucht; Wendung des 2. in Querlage befindlichen Fötus mit nachfolgender Extraction. Beide Früchte erholten sich bald von der Asphyxie und wurden am Leben erhalten.

Da die Frucht den Tod der Mutter bis zu 20 Minuten und vielleicht auch noch etwas länger zu überleben im Stande ist, ist der Arzt in allen Fällen von plötzlichem Tode der Mutter, bei noch nicht sicher constatirtem Ableben der Frucht, verpflichtet möglichst energisch und schnell vorzugehen.

G. Lewitzki. «Ein weibliches kyphotisches, nicht rachitisches Becken». (X).



Eine Pat. litt nach einer schweren Geburt, die mit Perforation endete an einer Blasenscheidenfistel. Die Untersuchung ergab, dass das Becken in Folge einer im 8. Lebensjahre aquirirten lumbo-dorsalen Kyphose solche Veränderungen erlitten hatte, dass es als typisches kyphotisches nicht rachitisches Becken bezeichnet werden konnte. Das Hauptcharacteristicum — die Verkürzung des Querdurchmessers des Beckenausganges — war sehr deutlich ausgesprochen vorhanden: derselbe betrug nur 6 C.

J. Gishitzki. «Ein Fall von Uraemie nach der Geburt ohne Zeichen von Eclampsie». (X).

Kasuistischer Beitrag.

B. Janpolski. Kapitel aus dem Werke Soran's aus Ephesus «Ueber Krankheiten der Frauen». (X).

G. Lewitzki und W. Gogotzki. «Ovariotomia per rectum während der Geburt». (X).

In dem eingehend beschriebenen Falle handelte es sich um eine Complication der Geburt durch eine Apfelsinengrosse Dermoidcyste des rechten Ovariums, welche im kleinen Becken incarcerirt war. Nachdem Pat. 3 Tage gekreisst hatte wurde in Folge von Colpitis sub partu und Fieber die Zange angelegt und durch mehrere schwache Tractionen der Kopf bis zum Beckenausgang herabgezogen. Während einer folgenden Traction tritt nach Berstung der Mastdarmwand aus der Analöffnung die Cyste hervor. Entleerung des dermoiden Cysteninhaltes: leiche Extraction des indessen abgestorbenen Foetus. Entfernung des Cystensackes, Darmnaht. Blutung wegen Uterusatonie; Collaps. Tod 33 Stunden nach der Geburt an acuter fibrinös-eitriger Beckenperitonitis.

J. B. Suchowetzki. «Ueber Cholera bei Schwangeren». (X).

Die Beobachtungen Verfassers bestätigen die auch von anderen Autoren ausgesprochene Ansicht, dass während der Choleraanfälle eine Unterbrechung der Schwangerschaft sehr häufig ist.

J. S. Sematzki. «Ueber Operation der Blasen-Scheidenfisteln nach der Lappen-Methode». (X).

Die Methode S.'s besteht darin, dass er aus der Scheidenschleimhaut 2 Lappen lospräparirt. Der eine Lappen, dessen Basis am Fistelrande gelegen ist wird umgeklappt, so dass die Scheidenschleimhaut auf die Fistelöffnung zu liegen kommt. Nach Fixirung dieses Lappens durch mehrere Nähte wird der andere Lappen, dessen Basis in einiger Entfernung vom Fistelrande gelegen sein muss, derartig gelagert, dass er sowohl die ganze durch Abpräparirung des ersten Lappens entstandene Wundfläche, als auch diesen die Fistelöffnung jetzt verschliesenden Lappen bedeckt und mit dem Rande des Defectes in der Scheidenschleimhaut vernäht werden kann. Details sind im Originale nachzulesen.

N. J. Ratshinski. «Ueber combinirte Bauchnaht nach Laparotomien». (X).

Die Naht wird folgender Weise angelegt. Zuerst werden tiefe Nähte en masse durch die ganze Dicke der Bauchwand gelegt, doch bevor sie geknüpft werden, wird noch die Aponeurose besonders vernäht. Nach Knüpfung der tiefgreifenden Nähte werden noch, je nach Bedürfniss, auf die Haut einige Nähte angelegt. Die Aponeurose wird somit durch 2 Nähte versorgt. Das Material der Knopfnähte ist Seide. Von fast 300 Operirten (längstes Operationstermin 5 Jahre — kürzestes 7 Monate) hat Verf. 97. einer nachträglichen Untersuchung unterworfen und nur bei 3 Pat. einen Defect in der Aponeurose constatiren können = 3,1% Hernien nach Coeliotomien. Auf Grund dieser guten Resultate ist Verf. der Ansicht, dass die combinirte Naht, abgesehen davon, dass sie nicht complicirter, als die bis jetzt gebräuchlichen Nahtmethoden ist, alle Vortheile der einfachen und der Etagennähte besitzt und daher allen anderen Nahtmethoden vorzuziehen ist.

E. M. Wainstein. «Das Antistreptococcenserum Marmorek's bei puerperaler Streptococcensepticaemie». (X).

Nach Ansicht W.'s ist bei Anwendung des Antistreptococcenserums keine Gefahr für den Organismus vorhanden, doch hängt ein befriedigendes Resultat vor allen Dingen vom Vorhandensein einer reinen Streptococceninfection, frühem Beginn der Einspritzungen und der Anwendung grosser Dosen ab. Auch unter diesen Bedingungen können ungünstige Resultate erzielt werden. Der menschliche Organismus ist eben kein Reagensglas, in welchem die Einführung des Serums einer Neutralisirung der Säure durch Alkalien gleichzustellen sei. Obgleich dem Organismus ohne Frage eine grosse Rolle in Bezug auf die Wechselwirkungen des Serums und der Streptococcen resp. Antitoxins und Toxins zuzuschreiben ist, so wird derselbe doch immer einen gewissen Einfluss auf diesen oder jenen Ausgang der Behandlung ausüben.

O. W. Prokofjewa. «Atresia hymenis. Ansammlung von Blut in der Vagina und zum Theil auch in der Gebärmutter». (X).

Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, in welchem durch einen Längsschnitt im Bereich des Hymens dem angesammelten Blute Abfluss geschafft und Heilung erzielt wurde.

A. A. Sitzinski: «Janiceps symmetros». (XI).

Geburtsgeschichte und ausführliche Beschreibung des anatomischen Befundes der Missgeburt, welche von einer VII Gravida im 7. Schwangerschaftsmonate spontan geboren wurde.

W. Stroganow: «Ueber die Sterilität macerirter Früchte. Ein aseptischer Foetus zu Operationen am Phantom». (XI).

Zu Beschäftigungen am Phantom eignen sich am besten die Leichen von Kindern, welche während der Geburt abgestorben sind, mithin weder der Maceration noch der Fäulniss unterworfen gewesen sind. Ferner ist darauf zu achten, dass die Kinds-Leiche nicht von einer Septischen stammt. Um einen solchen Foetus während der Aufbewahrung vor dem Einfluss von Bakterien zu schützen thut man am besten ihn bei einer Temperatur von 0° in einer Lösung von Karbolsäure (2%) und Sublimat (2—5‰) in 75° Spiritus aufzubewahren. Unter solchen Umständen kann die Kindsleiche mehrere Wochen hindurch aseptisch erhalten werden und die Beschäftigungen mit demselben am geburtshilflichen Phantom können ausgeführt werden, ohne dass man Gefahr läuft, eine septische Infection weiter zu verbreiten. Die Kulturversuche S.'s haben dessgleichen ergeben, dass die macerirten Früchte im Uterus unter normalen Verhältnissen in bakteriologischem Sinne als steril zu bezeichnen sind.

M. M. Fedorowskaja-Wiridarskaja: «Ein Fall von Colpo hyperplasia cystica (Vaginitis emphysematosa)». (XI).

Kasuistischer Beitrag.

F. K. Weber: «Zur Therapie der puerperalen Uterusinversionen». (XI).

Auf Grund eines ausführlich beschriebenen Falles und eingehender Durchsicht der einschlägigen Literatur spricht sich W. dahin aus, dass in den Fällen von puerperaler Inversion der Gebärmutter, welche einer manuellen Redression nicht leicht zugänglich sind, an erster Stelle der Kolpeurynter in Anwendung zu ziehen ist. Bei der Behandlung mit dem Kolpeurynter spielt Geduld eine grosse Rolle; 3—4 Wochen und, in Fällen, wo der Eingriff gut vertragen wird, auch noch länger muss die Kolpeuryse fortgesetzt werden. Führt der Kolpeurynter nicht zum Ziele, oder ist er aus irgend welchen Gründen contraindicirt, so ist das Küstner'sche Verfahren zu versuchen, wobei man mit dem Längsschnitt der hinteren Uteruswand nicht zu zaghaft zu sein braucht. Gelingt es auch damit noch nicht die Gebärmutter zu redressiren, so bleibt als ultimum refugium die Amputation des Uterus übrig. Diese muss immer mit schneidenden Instrumenten ausgeführt werden, wobei besonderes Gewicht auf eine sorgfältige Unterbindung aller Gefässe der breiten Mutterbänder und exacte Naht des Peritoneums gelegt werden muss.

Dobbert.

Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnago sdrawija Nr. 1—12, 1897.

Prof. N. Wwedenski: «Ueber das gegenseitige Verhältniss der psychomotorischen Centra». (Nr. 1).

Auf Grund seiner zahlreichen Versuche stellt W. folgende Formel auf: Reizung des corticalen Centrums für die vordere Extremität der einen Hemisphäre hat eine Herabsetzung der Erregbarkeit des gleichnamigen Centrums der anderen Hemisphäre und Steigerung der Erregbarkeit des dem letzteren antogonistischen Centrums zur Folge.

A. Alexeewski: «Die Kaschiner Mineralwässer». (Nr. 1).

Die Analysen derselben zeigten, dass die im Gouv. Twer vorhandenen Kaschiner Mineralwasser zu den Schwefeleisen-Wässern gehören.

E. Larin: «Zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge», (Nr. 1).

Verf. schlägt folgende einfache Sterilisationsmethode der Milch vor, die auch bei der ärmsten Bevölkerung ausführbar ist: die dem Alter des Kindes entsprechend verdünnte, nicht abgerahmte Milch wird, nach Zusatz von Kalkwasser (1 Esslöffel auf 1 Glas verdünnter Milch) und Milchzucker, in ein reines Fläschchen gegossen; letzteres wird mit Watte verkorkt und in einem mit Wasser gefüllten Kastrollchen zum Sieden gebracht, das wenigstens 1/2 Stunde lang unter-

halten werden muss. Das Fläschchen wird darauf abgekühlt und nach Entfernung des Wattepfropfes. mit einem schwarzen Saughütchen versehen; letzteres wird jedesmal vor der Darreichung der Milch in heissem Wasser ausgekocht. Diese Methode gab dem Verf. die besten Resultate.

E. Serebrjanik: «Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse und Ansichten über den Gebrauch des Fleisches tuberkulöser Thiere». (Nr. 1).

(Nach Reissmann. Hygienische Rundschau 1896. 18—21).

A. Eckert: «Die Schulen der Haushaltung und Kochkunst im Auslande und in Russland». (Nr. 1 u. 2).

S. Goldberg: «Die Bedeutung der Schilddrüse in der Entwickelungsperiode des Organismus». (Nr. 3).

Zur Lösung dieser Frage, sowie zur Bestimmung der Abhängigkeit des Cretinismus von der Function der Thyreoidea hat Verf. zahlreiche Versuche an Kaninchen und Meerschweinchen angestellt. Bei allen Thieren wurde die Thyreoidea allein und nur bei einer Kaninchenreihe auch die Nebendrüse ausgeschnitten. Alle Thiere wurden vor der Operation gewogen und die einzelnen Körpertheile derselben gemessen. Einige Tage nach der Operation erholten sich die Thiere und im Laufe der nächsten 2 Monaten konnte man keinen Unterschied zwischen den gesunden und operirten Thieren wahrnehmen. Erst zu Beginn des dritten Monats nach der Operation fingen einige operirte Kaninchen an im Gewichte zurückzubleiben, wurden immer träger und verliessen sehr ungern ihre Stelle, das Haar verfilzte sich und fiel stellenweise aus, besonders auffallend aber war bei diesen Thieren der stark aufgetriebene Bauch, nachdem man die kranken Kaninchen sofort erkennen konnte. Alle diese Erscheinungen, welche an den atrophischen Cretinismus erinnern, traten nur bei einem Theile der operirten Kaninchen auf, die übrigen zeigten nur eine Gewichtsabnahme; die Meerschweinchen dagegen liessen absolut keine Veränderungen an sich wahrnehmen. 5 Monate nach der Operation wurden alle Thiere getödtet und die Organe derselben makro- und theilweise (Knochen und Hirnrinde) auch mikroscopisch untersucht. Die Sympathici wurden in keinem Falle durchschnitten gefunden. Bei den operirten Kaninchen war die Haut dünn und von undichten Haaren bedeckt, die Organe derselben von kleinerem Gewicht, als bei den gesunden Thieren. Eine Ausnahme bildete die Hypophysis, die bei allen operirten Thieren mehr wog, als bei den nicht operirten. Die Milz war bei denjenigen operirten Thieren. die in ihrem Gewichte am meisten zurückblieben, kleiner, bei denjenigen operirten Thieren dagegen, die nur geringe Veränderungen darboten, grösser, als bei den gesunden. Fast dasselte Verhalten konnte man auch an der Thymusdrüse constatiren. Dieser Befund sei nach der Meinung des Verf. von grösster Wichtigkeit und beweise nämlich, dass bei ausgeschnittener Schilddrüse die Milz und Thymus compensatorisch eintreten können. Die Röhrenknochen waren bei den kranken Thieren kürzer, die Dicke der Diaphysen und Epiphysen dieselbe, wie bei den gesunden, der Längendurchmesser des Schädels kürzer, der Querdurchmesser nur wenig verändert. Die mikroscopische Untersuchung der Knochen zeigte die Veränderungen, die von Kaufmann als «Chondrodystrophia» bezeichnet wurden. Das Gehirn war bei den kranken Thieren kleiner und von geringerem Gewicht, als bei den gesunden. Mikroskopisch zeigte die Rinde des Gross- und Kleinhirns Atrophie und Vacuolenbildung in den Ganglienzellen. Es treten also bei jungen Thieren nach Entfernung der Schilddrüse in allen Organen trophische Störungen auf. Der Cretinismus stehe unzweifelhaft im Zusammenhange mit dem Ausfall der Schilddrüsenfunction in dem Alter, in dem sie für die Entwickelung des Organismus von grösster Bedeutung ist.

N. Iwanow: «Zur Frage über die Adenomyome des Uterus». (Nr. 4).

Auf einem grossen Fibromyoma uteri fand Verf. eine subserös sitzende hanfkorngrosse Neubildung, die makroskopisch, wie ein Myoma aussah; die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Reihenschnitte zeigte jedoch, dass die Peripherie des kleinen Myoms von Cylinderepithel bedeckt war, das in Form von Säckchen in die Substanz des Myoms eindrang.

N. Kassjanow: «Zur Frage der Lungenembolie durch Riesenzellen der Placenta». (Nr. 4).

(Siehe Referat in dieser Beilage 1896, pag. 62).

J. Korowin: «Ein Fall von multiplen Carcinomen der Haut». (Nr. 4).

In dem vom Verf. beobachteten Falle handelte es sich um ein primäres, kleinzelliges, medullares Carcinom der behaarten Kopfhaut, das sich rasch entwickelte und in kurzer Zeit zahlreiche Metastasen in die Lungen und die Haut der übrigen Körpertheile gab. Auf dem Gesichte, Rumpfe und Extremitäten traten etwa 200 metastatisch-embolische Carcinomknoten auf; mehrere derselben ulcerirten und gaben zur septischen Infection Veranlassung, die zum Tode des Pat. führte. Einige Metastasen sahen wie Syphilide aus und konnten makroskopisch von der Rupia syphilitica nicht unterschieden werden; erst die mikroskopische Untersuchung zeigte die wahre Natur derselben.

Prof. S. Kostjurin: «Die Stadt Slawjansk und ihre Heilmittel». (Nr. 6-7).

A. Bulowski: «Einige Gummigegenstände vom hygienischen Standpunkte». (Nr. 6—7).

Auf Grund seiner chemischen Analysen der mit den Kindern am meisten in Berührung kommenden Gummigegenstände kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Alle Gummigegenstände sind unschädlich, wenn sie im Wasser nicht zu Boden sinken. von weicher Consistenz und elastisch sind. Je höher das specifische Gewicht, je mehr Asche, d. h. je mehr mineralische Beimengungen ein Gummigegenstand enthält, desto schädlicher ist dasselbe. Die schwarzen Spritzen, Saughütchen, und Schläuche sind unschädlich. Die schwarzen Puppen sind gefährlich, da sie zuweilen Bleioxyd enthalten, im Wasser sinken sie zu Boden. Die dunkelrothen und braunen Puppen und Spielzeug sind unschädlich. Alle grauen Gummigegenstände sind schädlich, da sie Zinkoxyd enthalten. Im Handel kommen zuweilen Gummigegenstände vor, die mit giftigen Farben angestrichen sind.

N. Umikow: «Ueber die Bedeutung der organischen eiweissfreien Phosphorverbindungen für den Ernährungsprocess». (Nr. 8).

Die Versuche des Verf. an Tauben, Hunden und Mäusen haben ergeben, dass das Lecithin für die Ernährung, den Aufbau und normale Function des Thierorganismus ebenso nothwendig ist, wie die Eiweiss- und anderen Grundsubstanzen der Nahrung.

J. Juzkewitsch: «Vergleichende chemische Analysen des natürlichen und gasirten Flaschenmineralwassers der Essentucki'schen alkalisch-muriatischen Eisenquelle Nr. 4». (Nr. 8).

Diese haben ergeben: Die Gasirung scheint die chemische Zusammensetzung des Mineralwassers nicht zu verändern und ist für dasselbe ein wichtiges Conservirungsmittel; unter dem Einfluss der das Wasser sättigenden Kohlensäure werden alle Zersetzungsprocesse in ihm aufgehalten, weshalb das gasirte Mineralwasser sich lange conserviren lässt, ohne verdorben zu werden.

A. Mendelsohn: «Zur Frage über den Einfluss des Rauches auf die Gesundheit». (Nr. 9).

Von den 1071 schriftlich befragten Studenten der militär-medicinischen Akademie und des Technologischen Instituts waren 51,07 pCt. Raucher. Etwa die Hälfte derselben haben angefangen zu rauchen im Alter von 16—18 Jahren, etwa 1/4 — etwas früher oder später, vor dem 12. und nach dem 20. Lebensjahre – nur wenige. Durchschnittlich verbrauchte jeder Raucher 20 Papiross täglich. An Krankheiten der Respirations- und Verdauungsorgane litten unter den Rauchenden 36,74 pCt. unter den Nichtrauchenden — 23,83 pCt.

N. Stschepotjew: «Die Pestepidemien in Russland». (Nr. 10). Historische Uebersicht der in Russland seit dem XIV. Jahrhundert geherrschten Pestepidemien.

A. Maximow: «Zur Frage der Embolien der Lungenarterien». (Nr. 11).

Die zahlreichen Versuche des Verf. zeigten, dass unter normalen Verhältnissen bei schwangeren Kaninchen Lungenembolien durch irgend welche Placentarzellen nicht vorkommen. Unter gewissen pathologischen Verhältnissen aber, vorzugsweise mechanischer Art, können sich von der Placenta, Leber und Knochenmark Zellelemente losreissen und in die Lungenarterien gelangen.

S. Ginsburg: «Chemisch-sanitäre Untersuchung der verkäuflichen Milch in Jurjew». (Nr. 11 und 12).

A. Maximow: «Ueber einige Zellformen der Kaninchenplacenta». (Nr. 12).

A. Sacher.

Довв. ценз. Спб. 14 Марта 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.





Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. Nr. 47—52. 1897.

G. Brunot: «Die Galle als Verdauungsreactiv». (Nr. 47,48).

Verf. führte seine Versuche bei einem Hunde mit Magen- und Gallenfistel aus und fand, dass proportional der eingeführten Nahrungsmenge die Gallensecretion steigt. Je mehr die Nahrung Eiweiss und Fett enthielt, desto stärker wurde auch die Gallensecretion, so dass z. B. ein hartgesottenes Ei geradezu als Cholagogon wirkte. Was die Wirkung der Galle auf die Verdauungskraft des Magensaftes anbetrifft so ergaben die Versuche, dass proportional der beigefügten Gallenmenge die Verdauungskraft fällt und dass bei Mischung von gleichen Theilen Galle und Magensaft, letzterer seine verdauenden Eigenschaften vollkommen verliert. Dagegen wird die Verdauungskraft des Pankreassaftes durch Hinzutritt von Galle sehr gesteigert. Verf. will damit bewiesen haben (was übrigens wohl kaum bezweifelt werden dürfte), dass auch im Modus des Eintritts die Galle in den Verdauungskanal und in den chemischen Eigenschaften derselben eine Accomodation zu Gunsten des Verdauungsprocesses existirt.

I. Grekow: «Ueber Unterbindung der vena jugularis communis». (Nr. 47, 48).

G. führt 2 Fälle an, von denen er einen selbst operirte, während die zweite Operation von G. Zeidler ausgeführt wurde. Im ersten Fall (Cystadenoma papillare der Thyroidea) stellten sich nach Unterbindung und Resection der rechten Vena jugularis communis und Vena jugularis anterior Schwindel, Cyanose und Oedem der rechten Gesichts- und Halsseite ein. Die Cyanose schwand am zweiten Tage, das Oedem des Halses erst am zehnten Tage. Die Vena war fingerdick. Im zweiten Fall (Lymphosarcoma colli) war die linke Vena von der Geschwulst umwachsen und comprimirt. Die Vena jugularis externa war bereits einen Monat vorher bei einem Versuch die Geschwulst zu entfernen, unterbunden worden. Die Vena jugularis communis wurde in einer Ausdehnung von 7 Cm. resecirt und die Vena facialis communis unterbunden, die tief reichende Geschwulst exstirpirt. Auch hier nach der Operation Schwindel, Cyanose und Oedem des Gesichts und Halses links, die am siebenten Tage schwanden. In beiden Fällen wurde zur Erleichterung des Blutabflusses, der obere Theil des Körpers hoch gelagert.

Prof. I. Pawlow: «Dem Andenken R. Heidenhains». (Nr. 48).

Rede auf der Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte in Petersburg vom 23 Oktober 1897.

«Vorlesungen des weil. Prof. S. P. Botkin». (Nr. 49).

1) Ueber die Kunst in der Medicin, 2) Ein Fall von Darmkolik, 3) Ein Fall von Bluthusten.

I. Mitwalski: (Prag) «Zur Pathologie der Thränenkanälchen». (Nr. 49).

Bei einem 40jährigen Bauer bestand am linken inneren Augenwinkel eine Chalazionähnliche, erbsengrosse Geschwulst, auf deren Höhe der untere Thränenpunkt gelegen war. Derselbe war mit einer weissgelblichen, leicht auszudrückenden Masse gefüllt, die zum grössten Theil aus Thyrosinkrystallen, zum kleineren aus Fetttropfen und gelbgefärbten Zellen bestand. Actinomycespilze fehlten. Der untere Thränenkanal war nahe der Mündung sackförmig erweitert.

Bei einem anderen Kranken hatte M. im Jahre 1892 den rechten Thränensack operativ obliterirt. Nach 4 Jahren stellte sich Patient wieder vor mit einer abscessähnlichen Geschwulst von Erbsengrösse, die in der Substanz des rechten oberen Lides über dem Thränenkanal sass und 2 Monate bestand. An Stelle des obliterirten Thränenpunktes befand sich ein Grübchen. Durch Einschnitt wurde eine zähe, eitrige Masse entfernt, in der Verf. unter dem Mikroskop neben Detritusmassen Stärkekörner nachweisen konnte, deren Enzym ausgelaugt war. Nach Meinung des Verf. müssen diese Stärkekörner bereits vor der ersten Operation auf unerklärliche Weise in das erweiterte Thränenkanälchen gelangt sein.

P. Kapterew: «Pirogow in seiner öffentlichen Thätigkeit und als Pädagog». (Nr. 50).

Rede gehalten bei Eröffnung des Pirogow'schen Museums in Pbg. am 26/X 1897.

G. Kwjatkowski: «Ein Fall von polypösen Fibromen des Dickdarms». (Nr. 50, 51).

Bei einem 23-jährigen Patienten, der an croupöser Pneumonie starb, fand K. im Colon desendens dicht nebeneinander liegend bis 8½ Cm. lange polypöse Wucherungen von verschiedener Gestalt. Da bei Untersuchung der jüngeren Entwickelungsstadien dieser Wucherungen eine verstärkte Proliferation der Zellelemente und der Gefässe gefunden wurde und die Polypen aus der Submucosa hervorgingen, während die Mucosa nur eine nebensachliche Rolle spielte, dabei Entzündungserscheinungen fehlten, zählt Verf. diese Wucherungen den echten Neubildungen zu.

P. Rosanow: «Die acuten Magendarmkatarrhe vor, während und nach der Cholera 1892». (Nr. 50).

Nach Beobachtungen an den Angestellten einer Spinnerei in Moskau während 9 Jahren (1886—1894) erwies sich, dass die Sommermaxima der acuten Magendarmkatarrhe vom Jahre 1889 an stiegen, um sich auf derselben Höhe bis 1893 zu halten und dann wieder zu fallen. Eine Disposition für solche Erkrankungen ist also bereits 2—3 Jahre vor Beginn der Cholera nachweisbar.

N. Tschistowitsch: «Ueber die Agglutination bei Typhusinfection». (Nr. 51).

Unter des Autors Leitung hat bereits früher Dr. Jepifanow eine Anzahl Versuche über die agglutinirende Eigenschaft des Blutes Typhuskranker ausgeführt, aus denen hervorging, dass diese Eigenschaft dem Patienten nutzbringend ist. Um nun dieses weiter zu untersuchen, begann Verf. eine Reihe von experimentellen Versuchen an Kaltblütern (acesina cernua, rana temporaria, triton vulgaris) und Warmblütern (Kaninchen, Meerschweinchen). Den Thieren wurden subkutan oder intraperitoneal 1—2 tägige Typhuskulturen injicirt und dann das Blut nach längerer oder kürzerer Zeit auf agglutinirende Eigenschaften geprüft. Es ergab sich ein merklicher Contrast zwischen dem Blute der Kaltblüter und Warmblüter: während ersteres gar keine oder nur schwache agglutinirende Eigenschaften besass, waren dieselben bei letzteren stark ausgesprochen. Dieser Unterschied beruht nach Meinung des Verf. in der verschiedenen Temperatur des Blutes. Die Typhusbacillen vermehren sich bei niedriger Bluttemperatur nur schwer und die Phagocyten haben daher leichtes Spiel. Bei Warmblütern ist dagegen die Agglutination nothwendig, um die zahlreichen Bacillen in ihrer Bewegung zu lähmen, sie zu sammeln und den Phagocyten zu überliefern. Es wäre daher richtiger die agglutinirenden Körper «Paralysine» zu nennen.

E. Botkin: «Die Kranken im Krankenhaus». (Nr. 50, 51).

Antrittsvorlesung, gehalten in der Militairmedicinischen Akademie.

D. Hochbaum: «Ueber den Galoprythmus und die neue Hypothese seiner Entstehung». (Nr. 50—52).

Polemik gegen Dr. Scherschewski, der in seinem Aufsatz «über Pseudo-Herzfehler und ihre Entstehungsweise ausserhalb des Herzens» (Wratsch 1897 Nr. 37) einige von ihm beobachtete Fälle citirt, die seiner Meinung nach das von Potain beschriebene Phänomen des Galoprythmus boten. H. weist nun nach, dass Potain unter «bruit de galop» ein ganz anderes Phänomen verstanden hat und dass daher die von Scherschewski gemachten Beobachtungen und daran anschliessenden Erörterungen keineswegs für die Bedeutung des Galoprythmus verwerthet werden können.

M. Gosselewitsch: «Zwei Fälle von Peritonitis bei Abdominaltyphus». (Nr. 52).

Vergl. Petersburger med. Wochenschr. 1898, Nr. 3.

Weyert.

Medicina. 1897. Nr. 38—48.

Pargamin: «Das Weib vom medicinischem Standpunkte». Fortsetzung. (Nr. 38—48).

Boas: «Diagnostik und Therapie der Krankheiten des Magens». Schluss des ersten Theils. (Nr. 38, 39, 42, 43, 48).

Uebersetzung von Aichenwald.

N. Lasarew: «Ueber die Immunität Tuberkulöser und Syphilitischer gegen Abdominaltyphus». (Nr. 38, 40—43).

Verf. theilt einige von ihm im Warschauer Militairhospital beobachtete lehrreiche Fälle von Typhus abdominalis mit, an dem Tuberkulöse und Syphilitiker erkrankt waren und macht dabei auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die namentlich im Beginn des Typhus sich der Diagnose entgegenstellen, vorausgesetzt dass die Tuberkulose resp. Lues akute Erscheinungen geben. Namentlich Combination von Typhus und Miliartuberkulose ist in Anbetracht der vielen gleichartigen Symptome, wenn, wie das in obigen Beobachtungen der Fall war, keine bakteriologischen Untersuchungen vorgenommen werden und auch die Widal'sche Reaction versäumt wird, oder gar in Stich lässt, nicht leicht klinisch festzustellen. Immerhin wird im weiteren Verlauf bei genauer Beobachtung und Abschätzung aller Symptome eine Diagnose dieser keineswegs nur ausnahmsweise auftretenden Combination ermöglicht sein. Von 7 Patienten starben 6 im Typhus, einer kurze Zeit nach überstandenem Typhus an Tuberkulose, ein Syphilitiker genas.

Rosenbach: «Allgemeine Therapie der Krankheiten des Herzens». Fortsetzung. (Nr. 39—48).

Uebersetzung von J. Kaplan.

Basch und Weleminsky: «Ueber Ausscheidung von Mikroorganismen durch die Brustdrüse». (Nr. 46).

Uebersetzung von A. Abramowitsch.

Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. 1897. (September—December).

E. Kieber: «Bericht über die pathologisch-anatomische Abtheilung des Marinehospitals zu Nikolajew für das Jahr 1896». (September, Oktober).

Genauere Schilderung des Sectionsbefundes bei 78 Autopsieen.

K. Morkotun: «Ueber Erkrankungen auf Seereisen. Schluss». (September—November).

Wie bereits angedeutet, hat Verf. aus den Journälen der auf Auslandsreisen abkommandirten russischen Kriegsschiffe vom Jahre 1874 bis 1891 die Morbidität und Mortalität der Mannschaften namentlich in Bezug auf Infektionskrankheiten zusammengestellt. Hier seien nur einige Ziffern angeführt: an Infektionskrankheiten erkrankten von obigen Mannschaften während der Seefahrt 182 pro mille, während des Aufenthalts zu Lande 201; darunter 54 Proc. (resp. 46 Proc. zu Lande) an Grippe und kurzdauerndem Fieber, 25 Proc. (resp. 21 Proc.) an Malaria, 7 Proc. (resp. 5 Proc.) an akutem Gelenkrheumatismus, 3 Proc. (resp. 8,5 Proc.) an Abdominaltyphus, 1,8 Proc. (resp. 6,3 Proc.) an croupöser Lungenentzündung, 1,5 Proc. (resp. 6,8 Proc.) an Lungenschwindsucht. Im Mittel kamen und auf das Jahr auf 1000 Mann während Seereisen 1497 Erkrankungen, auf dem Lande 1056.

G. Schlater: «Zur Biologie der Bakterien». (September)

Nach Ansicht des Verf., die übrigens nicht vereinzelt dasteht, sind die Bakterien nicht freilebende Zellen, sondern Wesen, die nach ihrer philogenetischen Entwickelung und Struktur viel niedriger, als die Zellen stehen und sich nur in ihren complicirtesten Repräsentanten den Zellen nähern. Um diese Anschauung zu begründen, begnügt sich Verf. aber mit theoretischen Auseinandersetzungen und fusst hauptsächlich auf den bekannten Untersuchungen R. Altmann's. Demgemäss theilt er die Bakterien in 3 Gruppen. Zur ersten gehören diejenigen, welche keine besondere Struktur aufweisen, ähnlich den Cytoblasten und daher von Altmann «Autoblasten» benannt wurden. Zur zweiten Gruppe zählt S. diejenigen Bakterien, deren Form morphologisch differenzirbar ist, also ein Conglomerat von Autoblasten darstellt, entsprechend den «Moneren» von Altmann. Die dritte Gruppe nähert sich bereits in der Struktur der Zelle, ohne sie indess zu erreichen, indem ein centraler und peripherer Theil unterscheidbar werden und fällt mit den «Metamoneren» Altmann's zusammen. Mit Recht macht Verf. zum Schluss darauf aufmerksam, dass gerade in neuster Zeit vielfach versucht worden ist, in das vorläufig noch ziemlich dunkle Gebiet der feineren Morphologie der niedersten Organismen und scheinbar mit Erfolg einzudringen.

N. Kirikow: «Ueber die sogenannte hypertrophische Lebercirrhose». (September—November).

Verf. bespricht weitläufig die einschlägige Literatur und kommt auf Grund dieser und einiger kurz erwähnter eigener Beobachtungen zum Schluss, dass die sogenannte Hanot'sche Cirrhose aller Wahrscheinlichkeit nach infektiöser Natur ist, dass aber noch weitere Untersuchungen nothwendig sind, um dieses zu bestätigen.

N. Jessipow: «Das Einsalzen des Fleisches nach Morgan». (Oktober).

Nach vielen Versuchen kam Verf. endlich zu folgender Veränderung der Morgan'schen Methode: das linke Herz des Schlachtviehs wurde eröffnet, in die Aorta eine Kanüle eingebunden und die Salzlösung (33 Proc. Kochsalz, 3,2 Proc. Salpeter, 1,3 Proc. Zucker, 0,2 Proc. Phosphorsäure) unter hohem Druck eingeführt. Nach 3—4 Minuten, während deren das ganze Gefässsystem mit der Lösung gefüllt worden, wurde das rechte Herz durchstochen und das Blut herausgelassen, bis aus der Stichöffnung nur reine Salzlösung floss; dann wurde der Krahn geschlossen, das rechte Herz breit eröffnet und die Salzlösung abfliessen gelassen. Mit dieser Methode wurden zufriedenstellende Resultate für den Bedarf der Marine gewonnen.

P. Jurjew: «Die Strukturveränderung des Tuberkel unter der Einwirkung von zimmtsaurem Natrium». (November, December).

Seine Untersuchungen führte Verf. an Meerschweinchen und Kaninchen aus, denen eine Emulsion von Tuberkelbacillenkultur in die Bauch- oder Brusthöhle oder endlich in die Jugularvene eingeführt wurde. Grösstentheils sofort nach der Infektion wurde eine 5-procentige Lösung von Natrium cinnamylicum subkutan injicirt. Nach kürzerer oder längerer Zeit wurden die Thiere getötet, wobei sich folgendes erwies: der Zerfall frischer Tuberkel der behandelten Thiere war im Vergleich zu dem der Controlthiere bedeutend geringer, besonders fiel bei ersteren die starke Entwickelung der Bindegewebselemente des Knotens auf, indem sich sowohl eine Häufung des Granulationsgewebes, als auch Bildung einer derben Kapsel zeigten. In späteren Phasen, wo im Tuberkel Zerfall und Vernarbung stärker hervortreten, sah Verf. bei den mit Zimmtsäure behandelten Thieren die progressiven Veränderungen die Oberhand gewinnen über die regressiven. Diese Tendenz zur Narbenbildung nach Zimmtsäureinjection wurde übrigens nicht nur bei Tuberkulose, sondern auch bei anderen pathologischen Vorgängen beobachtet, so z. B. bei Geschwulsten, die nach Injection von Lycopodium entstanden. Die von einigen Autoren beschriebenen physikalischen und chemischen Veränderungen der Käsemassen konnte Verf. nicht bestätigen. Auf den Tuberkelbacillus selbst wirkt das Mittel nicht. Die Bedeutung der Zimmtsäure für die Heilung der Tuberkulose beruht nach Meinung des Verf.'s auf der Erhöhung der Lebensenergie der Zellelemente des Körpers; so konnte er z. B. ein bedeutend längeres Erhaltenbleiben der epitheloiden Zellen im Tuberkel der behandelten Thiere als in dem der Controlthiere beobachten. Was die von Landerer besonders hervorgehobenen beiden Heilfaktoren, die Leukocytose und den entzündlichen Process im Gewebe betrifft, so glaubt Verf., dass erstere eher entgegengesetzte Bedeutung hat und dass letztere vollkommen fehlt. Weyert.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bakteriologii. Bd. IV, Heft 4. 5 und 6.

J. Metschnikow: «Untersuchungen über die Herkunft der Antitoxine. Ueber den Einfluss des Organismus auf die Toxine». Heft 4.

Die Untersuchungen von Behring und Kitasato haben gezeigt, dass die Mikrobentoxine im Organismus der Säugethiere Antitoxine erzeugen, die hauptsächlich im Blutserum zu finden sind; es blieb nun übrig zu erforschen, wo und auf welche Weise diese Antitoxine entstehen. Verf. hat sich mit dieser Frage in den letzten 2 Jahren eingehend beschäftigt.



Bakterientoxine (Diphteritische, tetanische, tuberculöse, Choleratoxine etc.) enthaltende Bouillon wurde als Nährboden für viele Bacterien benutzt; es erwies sich dabei, dass eine ganze Reihe von Bacterien durch ihr Wachsthum die Toxicität der Bouillon verstärken, wogegen eine andere Reihe von Bacterien vernichtend oder abschwächend wirken, jedoch werden nie Antitoxine gebildet. Aehnlich den Bacterien wirken einige Pilze, Ysaria und Sporotrichon, auch Torula-Arten. Weitere Versuche haben ergeben, dass auch im Organismus der Gelenkfüssler, der Fische und Amphibien Antitoxine nicht erzeugt werden können. Eine deutliche und beständige antitoxische Function wird bei Warmblütern beobachtet (Sauropsidae) z. B. bei Hühnern; diese vermögen das Tetanustoxin im Blute und den Geschlechtsdrüsen zu erhalten, und in diesen Organen entwickelt sich einige Wochen nach der Injection des Tetanusgiftes das Antitoxin. Auch die Pericardial- und Peritonealflüssigkeit sind stark antitoxisch, vielleicht vermöge der Leucocythen; jedenfalls erweisen die Experimente des Verf. dass die Antitoxine nur vom Blute gebildet werden.

A. Studenski: «Die Wärmebildungscurve beim hungernden Hunde». Heft 4.

L. Bertenson: «Die Naphta-Production (in Baku) in sanitärärztlicher Beziehung». Heft 4 und 5.

Scherbatschew: «Ueber die chemische Zusammensetzung des pankreatischen Saftes». Heft. 5.

An einem Kranken mit einer Pankreasfistel studirte Verf. die chemische Zusammensetzung des Bauchspeichelsaftes. Derselbe reagirte alkalisch, dabei ergab die Reaction mit Phenolphtalein, dass freie Alkalien nicht vorhanden seien, vielmehr an Kohlensäure gebundene. Das specifische Gewicht betrug 1010—1011. Es fanden sich Albumine und Lenzin, dagegen weder Tyrosin, noch Pepton. Was die verdauende Kraft des Saftes anlangt, so konnte Verf. die amylolytische und Fette emulgirende Fähigkeit desselben leicht nachweisen, dagegen aber bestand keine Einwirkung auf Eiweissstoffe. Der Saft wurde mit einer zur Hälfte mit Wasser verdünnten Milch gemischt und auf's Wasserbad (40°C) gebracht; auch nach 1½ Stunden konnte Verf. eine Veränderung des Milchcaseins (Uebergang in Metakasein) nicht finden. — Auf Salol, Sulfonal etc. übte der Saft keine spaltende Wirkung aus.

A. Studenski: «Eine Methode zur Bestimmung der Wärmeverluste des Calorimeters mit Hülfe von Condensation der Dämpfe». Heft 5.

P. Schatilow: «Ueber die verschiedenen Arten der functionellen Dissociationen des Herzens». Heft 4, 5 und 6.

Zu kurzem Referate ungeeignet; erscheint wohl ausführlich in deutscher Sprache.

W. Schmidt: «Zur Frage von der Innervation des Herzens». Heft 4, 5 und 6.

Die eingehenden mikroskopischen Studien des Verf.s haben sehr interessante Thatsachen festgestellt; wir wollen hier die Schlussfolgerungen anführen. Es finden sich im Herzen von Säugethieren Nervenfasern, die für das Pericardium, das Myocardium und das Endocardium bestimmt sind. Die für das Pericardium bestimmten Nervenfasern bilden in den tieferen Lagen des pericardialen Gewebes ein dichtes Netz. Von demselben gehen einzelne, dünne Fasern aus, die frei zwischen den Endothelzellen des Pericardiums endigen. Die für das Myocard bestimmten Fasern bilden ebenfalls ein Netz, das in 3 Abtheilungen zerfällt, und zwar das Grundnetz, das perimusculäre und das intermusculäre Netz. Der erste Plexus besteht hauptsächlich aus kleinen Nervenstämmen, der zweite aus dickeren Nervenfasern, der 3. aus dünnen Fasern. Die Nervenstämme des fundamentalen Plexus verlaufen in dem zwischen des Muskelbündeln liegenden Bindegewebe und zwar parallel den Bündeln. Die Nervenfasern des perimusculären Plexus umringen die Muskelbündel, die Fasern des intemusculären Plexus verlaufen zwischen den einzelnen Muskelfasern. Im Myocard verlaufen feiner Nervenfasern, die für das Coronargefässsystem bestimmt sind; sie haben keine Anastomosen mit den anderen Nervenfasern des Myocards. In den Wandungen der Arterien und Venen liegen 2 (resp. 3) Plexus, eins in der Adventitia und eins in der Muscularis; vom letzteren Netz gehen dünne Fäserchen nach der Intima ab. Im Myocard der Vorhöfe sind die Nervenfasern ebenso angeordnet wie im Myocard der Kammern. Unter dem Endocardium liegt das sog. subendocardiale Netz (der Smirnow'sche Plexus), während im Endocard selbst ein anderer Plexus sich befindet; von demselben gehen einzelne Fäserchen aus, die eben das subendocardiale Netz bilden; und aus dem letzteren entspringen wieder Nervenfasern, die zwischen und unter den Endothelzellen zu liegen kommen. Im Myocardium der Kammern und Vorhöfe endigen die Nervenfasern auf den Muskelzellen mit Hülfe geringer Ausbuchtungen, die eng den Zellen anliegen. Ausserdem kommen gabelförmige Nervenendigungen vor, zwei Aestchen einer terminalen Faser liegen einer Muskelzelle an. — Im Myocard der Kammern finden sich kleine multipolare Nervenzellen, deren Axencylinder in Nervenstämme übergehen. Die Nervenzellen der extracardialen Ganglien sind von einem Netz umgeben, aus welchem zum Mindesten 2 Nervenstämme hervorgehen. Aus dem pericellulären. Netz der extracardialen Ganglien entspringen Fasern, die in das Myocardium eindringen.

W. M. Tarnowski und S. Jakowlew: «Die Behandlung der Syphilis mit dem Serum mercurialisirter Thiere». Heft 6.

Im Verlaufe von 2½ Monaten wurden dreien Füllen Calomelinjectionen gemacht, so dass jedes Thier 4,1—6,0 Calomel erhielt. Das mittels Venäsection erhaltene Serum dieser Thiere wurde bei 13 Syphilitikern in den verschiedenen Stadien der Krankheit angewandt. Die subcutan einverleibte Dosis des Serums schwankte zwischen 60,0 und 290,0. In keinem Stadium der Krankheit konnten die Verf. irgend eine heilende Wirkung dieses Serums nachweisen. Nach den Injectionen traten in ⅘ aller Fälle Fieber, Schmerzen in den Gelenken ein; häufig stellte sich ein Purpuraexanthem ein; Albuminurie, Lymphdrüsenschwellung und Körpergewichtsabnahme gehörten nicht zu Seltenheiten. Fast constant waren die Veränderungen des Blutes: Verringerung der Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen, des specifischen Gewichtes und der Hämoglobinmenge. Die Resultate fielen somit völlig negativ aus.

I. Alexandrow: «Ueber die antiseptische Kraft der Milchsäure». Heft 6.

Verf. stellte sich Milchsäurelösungen von 4 verschiedenen Concentrationsgraden her und prüfte in Reagenzgläsern deren desinficirende Kraft. Zur Untersuchung wurden Culturen von verschiedenen Mikroorganismen genommen, wobei es sich herausstellte, dass die Säure nur sehr geringe antiseptische Eigenschaft besitzt.

Abelmann.

Obosrenije Psichiatrii, Newrologii i eksperimentalnoi Psichologii. Nr. 6—9, Juni—December 1897.

Borischpolski: «Ueber den Zustand der cerebralen Blutcirculation im Verlaufe der epileptischen Anfälle». Nr. 6 und 7.

Die Resultate seiner an Hunden ausgeführten Untersuchungen sowie derjenigen von Ziehen, Lussana und Gallerani, Wildermuth, Haig, Roncoroni, Bechtereff und seinen Schülern bezüglich der Localisation und Entwickelung des epileptischen Anfalls fasst Verf. zusammen wie folgt:

In einem Anfalle der gewöhnlichen, allgemeinen, medullären oder essentiellen Epilepsie, wo als Ausgangspunkt der Krankheit die Basaltheile des Hirns (Pons Varolii und medulla oblongata) dienen, findet unter dem Einflusse uns noch unbekannter Ursachen (vielleicht einer Intoxication oder einer Autointoxication des Organismus) eine Erregung des vasomotorischen Centrums in dem verlängerten Marke statt, ferner des motorischen Centrums in der Varolsbrücke, der Hirnhemisphären und in Sonderheit der motorischen Gebiete der Hirnrinde, von welchen eigentlich der epileptoide Charakter der Krämpfe abhängt. Die Erregung des vasomotorischen Centrums zieht sofort einen Spasmus der Gefässe in der Peripherie des Körpers nach sich, in Folge dessen ein Erbleichen der Hautdecken und des Gesichtes eintritt. Als Folge dieses Spasmus erscheint ein erhöhter Blutdruck in den grossen Körperarterien, darunter auch in den carotides communes, und eine collaterale Blutcongestion zum Hirne hin. Dieser erhöhte Blutdruck in den Carotiden bewirkt eine passive Erweiterung der Hirngefässe, in Folge dessen die Blutmenge, welche das Hirn durchströmt und aus seinen Venen sich entleert, sich vergrössert. Gleichzeitig treten als Resultat der Reizung des motorischen Centrums in der Varolsbrücke tonische Krämpfe ein. Am Ende der tonischen Periode des Anfalls hört die Erregung der Basaltheile des Hirns (des vasomotorischen Centrums und des motorischen Centrums der Varolsbrücke) auf, während die Erregung der höhergelegenen Centren der Hirnrinde noch fortdauert. Als Resultat hiervon erscheint einerseits das Aufhören der tonischen Krämpfe und das Auftreten der klonischen, welche eben von der Erregung der Hirnrindencentra abhängen, andererseits tritt in Folge beendeter Erregung des vasomotorischen Centrums eine Er-

weiterung der peripheren Gefässe und ein Sinken des Blutdruckes ein. Allein die Hirngefässe, nachdem sie sich unter der Wirkung eines sehr hohen Druckes zu Ende der tonischen und zu Beginn der klonischen Periode ad maximum erweitert hatten, verbleiben noch vermöge ihrer Elasticität eine Zeit lang erweitert, um erst am Ende der klonischen Periode allmählich sich zu verengern zu beginnen und ihr normales Lumen zum Schluss der comatösen Periode zu erreichen. Mit Aufhören der Erregung der Rindencentra sistiren die klonischen Krämpfe und in Folge der Erschöpfung des ganzen Centralnervensystems tritt die comatöse Periode ein. Am Anfalle der partiellen, Jackson'schen oder Rindenepilepsie, wo als Ausgangspunkt der Krankheit die Centra der Hirnrinde dienen, nehmen auch die Basaltheile des Hirns Antheil, von deren Erregung die tonischen Krämpfe und der Spasmus der peripheren Gefässe mit den nachfolgenden Störungen des cerebralen Blutumlaufes (collateraler Blutzufluss mit passiver Erweiterung der Gefässe), welche im Verlaufe der epileptischen Anfälle beobachtet werden, abhängen. Was den Bewusstseinsverlust anbetrifft, welcher eine der wesentlichsten Erscheinungen des epileptischen Anfalls ausmacht und angeblich auf eine Anämie des Hirnes während des letzteren hinweist, so kann er auch leicht durch eine Hyperaemie des Hirns bedingt sein, wovon die Klinik nicht wenige Beispiele liefert. Und in der That kann das Bewusstsein als empfindlichste Function des Hirnes sehr leicht durch die geringsten Schwankungen in der Ernährung des letzteren gestört werden, einerlei ob diese Schwankungen der Ernährung nach der Plus- oder Minusseite stattfinden.

Alelekow: «Die psychiatrischen Anstalten in Deutschland». Nr. 6, 7 und 8.

Verf. war 1895—96 ins Ausland abcommandirt zur weiteren wissenschaftlichen Ausbildung. Vorläufig theilt er seine Reiseeindrücke hinsichtlich der Bauart, Organisation, des Betriebes und der Erfolge der deutschen Kliniken und Anstalten in gedrängter Form mit. Er bespricht die psychiatrische Klinik der Charité, Dalldorf, Lichtenberg in Berlin, ferner Audernach, Alt-Scherbitz.

Muratow: «Zur Localisation des Muskelbewusstseins in Anlass eines Falles von traumatischer Hirnlaesion». Nr. 7 und 8.

23-jähriges Mädchen leidet seit einem Sturz vom Ofen im 1. Lebensjahre an epileptischen Anfällen und Lähmung. Status praesens: Am Schädel eine Knochendepression. Halbseitige Lähmung des Gesichtes, der oberen und unteren Extremität der rechten Seite mit Atrophie der Muskeln und einiger Wachsthumshemmung des Skeletts. Sensibilität für Berührung und Schmerz an den rechten Extremitäten herabgesetzt, Muskelgefühl am stärksten geschädigt. Epileptische Anfälle von Jackson'schem Typus mit charakteristischer Vertheilung der Krämpfe, mit typischem Beginn. Psychische Functionen völlig normal. — Es müssen mithin laedirt sein die Centralwindungen linkerseits, am schwersten in ihrem mittleren Drittel, den Centren der oberen Extremität. Es liegt nahe, einen Bluterguss mit nachfolgender Zerstörung der Hirnsubstanz und eine mehr weniger verbreitete Degeneration der bogenförmigen Fasern und anderer Commissursysteme anzunehmen. Die Störung des Muskelgefühls kann gelten als diagnostisches Zeichen für einen tiefen destructiven Process in der motorischen Sphäre der Hirnhalbkugel. Eine Operation erschien contraindicirt wegen der langen Dauer, der weiten Verbreitung und des schweren Charakters der Läsion. Die Asymmetrie in der Entwickelung des Gesichtsskeletts und die Verkürzung der Extremitätenknochen, besonders die «Olygodactylia ulnaris» (Verkürzung der Finger auf der Ulnarseite), bei einer an zweifelloser Herdepilepsie leidenden Kranken, welche in früherer Kindheit eine schwere Hirnverwundung überstanden hat, sprechen am meisten zu Gunsten der von Feré und Sachs vertheidigten Anschauung, dass die Fälle von früh auftretender Epilepsie gewöhnlich organischen Ursprungs sind und direct in Verbindung stehen mit einer fötalen Erkrankung des Hirnes, welche nicht genügend ausgedehnt ist, um sich zu manifestiren in einer angeborenen Hemiplegie, und doch gross genug ist, um degenerative Veränderungen des Hirns zu setzen, welche die Epilepsie nach sich ziehen.

Bechterew: «Ueber die Erregbarkeit der Hirnrinde bei neugeborenen Thieren». (Nr. 7).

Vorläufiger kurzer Hinweis auf die Untersuchungen von Dr. Bary über die obige Frage. An Hunden im Alter bis zu 20 Tagen ergab die Reizung in mehr als $^{2}/_{3}$ der Fälle ein positives Resultat, selbst bei eintägigen Welpen. Die Erregbarkeit hängt hier von den verschiedenartigsten, oft zufälligen Bedingungen ab, unter welchen neben der grösseren oder geringeren Reife des Thieres auch die individuellen Abweichungen in Betracht zu ziehen sind. Ferner wies Bary nach, dass ausser dem langsamen trägen Charakter der Contraction die latente Periode der corticalen Muskelcontraction bedeutend länger ausfällt, als diejenige bei erwachsenen Thieren, und dass umgekehrt bei neugeborenen Thieren der Unterschied zwischen der latenten Periode der corticalen Muskelcontraction und derjenigen der subcorticalen Muskelcontraction äusserst geringfügig erscheint.

Ljass: «Zeitweilige motorische Aphasie functionellen Ursprungs». (Nr. 7).

Nach einem schreckhaften Traume tritt bei einem 21-jährigen Soldaten, welcher früher an häufigen und heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit, Speichelfluss, Erbrechen, 1—2 Stunden andauernden Anfällen von Schwermuth gelitten hatte, plötzlich eine totale Aphasie auf 6 Tage ein. Nach 10 Tagen spricht er wieder normal, doch treten noch transitorische Bewusstseinstrübungen ein, ausserdem Anfälle von Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen. Verf. ist geneigt, die Aphasie als rein psychisch bedingt hinzustellen, lässt jedoch auch eine reflectorische Entstehung vom Darmcanal aus zu, weil Pat. am Bandwurm litt: hierfür schienen ihm namentlich die Bewusstseinsstörungen zu sprechen. Ref. glaubt nicht zu irren, wenn er den Fall als Epilepsie auffasst, umsomehr als Pat. angiebt, dass beide Eltern an einer «schlechten Krankheit (wohl Lues) gelitten hatten.

Ostankow: «Ueber das periodische Erbrechen der Tabetiker (gastrische Krisen)». (Nr. 7 und 8).

Zwei Krankengeschichten werden mitgetheilt Beide Pat. befanden sich im Initialstadium der Tabes. Therapeutisch bewährt sich das Cerium oxalicum in Dosen von 0,05 – 0,1 – 0,15 pro die 3—4 Mal zu Oblaten, welches Verf. bereits früher sehr empfohlen hat, (cf. Nr. 1, 1896 dieser Zeitschrift).

Katz: «Der gegenwärtige Stand der Frage über das psychophysische Gesetz für den Lichtsinn». (Nr. 7 und 8).

Die neuesten Untersuchungen haben ergeben, dass das Giltigkeitsgebiet des Weber-Fechner'schen Gesetzes für den Lichtsinn sich von 30 (50) bis 1500 (3000) Meterlichten erstreckt. Eine genauere Begrenzung dieses Gebiets und die Bestimmung der Abweichungen vom Gesetze nach beiden Seiten hin jenseits oben genannter Grenzen müssen weitere Untersuchungen anstreben, welche an einer grossen Anzahl von Personen und bei möglichst weiten Grenzen der Lichtintensitäten vorgenommen werden müssen.

Mendelson: «Ueber den professionellen Unterricht des niederen Personals der psychiatrischen Anstalten». (Nr. 7, 8 und 9).

Ausführliche Darlegung der ganzen Frage, wie sie sich in Westeuropa und wie in Russland gestaltet hat. Die Vorschläge des Verf. lauten:

1. In allen wichtigeren psychiatrischen Anstalten soll sofort ein systematischer Unterricht in der Pflege von Geisteskranken für Wärter und Wärterinnen eingeführt werden; gleichzeitig müssen Massnahmen ergriffen werden zur Verbreitung von Elementarbildung unter dem niederen Personal (Eröffnung von Normal- und Sonntagsschulen, kleinen Bibliotheken, u. s. w.).

2. Der Specialunterricht muss sich auszeichnen durch Anschaulichkeit, Allgemeinverständlichkeit, und muss vorzugsweise einen praktischen Charakter tragen. Ins Programm des Cursus müssen gehören: a) Elemente der Krankenhausverpflegung und der Organisation des Hospitaldienstes; b) kurze Hinweise auf Bau und Functionen des menschlichen Körpers; c) Grundbegriffe über persönliche und sociale Hygiene; d) Pflege bei allgemeinen (somatischen) Krankheiten; e) erste Hilfsleistung in Unglücksfällen; f) Begriff der hauptsächlichsten Formen von Geisteskrankheiten und Irrenpflege.

3) Es ist erforderlich, eine Verbesserung der materiellen und dienstlichen Stellung derjenigen Personen, herbeizuführen, welche den Cursus erfolgreich erledigt haben.

Bechterew: «Neue Beobachtungen über die «Furcht zu erröthen». (Nr. 8).

Zwei weitere Fälle obengenannter Affection, deren ausführliche Krankengeschichten gegeben werden. Die stereotype Wiederker des Symptomencomplexes giebt, wie Verf. glaubt trotz Hoche's Einwand, dass es sich um eine einfache Zwangsidee handele, u. dass daher ein neuer Terminus unnöthig sei (Neurologisches Centralblatt, 1897, pag. 528), die völlige Berechtigung, ihn aus der allgemeinen Gruppe der Zwangsvorstellungen loszutrennen. Der Zustand sei aufzufassen als psychische Erregung in Form einer grundlosen Unruhe, welche jedes Mal zwangsweise bei gegebenen äusseren Bedingungen auftritt und zum Erröthen führt. Die Furcht vor dem Erröthen bildet sich erst secundär heraus als Resultat der Krankheit, obgleich mit der Zeit schon das Auftreten der Idee allein von dem möglicherweise eintretenden Erröthen genügend sei, um die Unruhe und damit zugleich die Röthe im Gesicht herbeizuführen.

Dogel: «Die Endigungen der sensiblen Nerven im Herzen und in den Blutgefässen der Säugethiere». (Nr. 8).

Die Untersuchungen wurden zur Controle der Smirnow'schen Angaben über diesen Gegenstand (Westnik Newrologii i Psi-



chatrii, 1894, sowie Anat. Anzeiger, Bd. X, Nr. 23, 1895) angestellt.

In der iefen Schicht des Pericards fast unmittelbar auf dem Myocard liegt das grossmaschige subpericardiale Geflecht, dessen marklose unter einander anastomosirende Ausläufer in den Schichten des Pericards mit den sensiblen Platten endigen. Die Platten haben eine Länge bis zu 0,38 mm, eine Breite bis zu 0,086 mm; ihre Gestalt ist äusserst mannigfach, oval, eckig, zungenförmig. Die Nervenfäden sind in den Plättchen in eine körnige Substanz (Smirnow's «sensibles Stroma») eingebettet; diese enthält oft eine grosse Menge von Kernen, welche besonderen kleinen sternförmigen Zellen angehören. Die Ausläufer dieser Zellen verflechten sich unter einander und bilden das Gerüst, welches die nervösen Elemente des Plättchens stützt. Die Plättchen stehen durch varicöse Nervenfädchen in vielfacher Verbindung mit einander. Die Anzahl der Endplättchen ist eine so grosse, dass das Pericard mit den empfindlichsten Stellen der äusseren Haut, was Nervenreichthum betrifft, auf gleicher Stufe steht. — Die sensiblen Endigungen in dem Bindegewebe des Myocards und im Endocard fand Verf. völlig den Angaben Smirnow's entsprechend. Der subpericardiale Plexus sendet ebenfalls marklose Nervenfasern in die äussere bindegewebige Hülle der Coronararterien und -Venen, in welcher sie getrennt oder zusammen mit den Fasern des perivasculären Geflechts verlaufen und mit ebensolchen sensiblen Plättchen endigen wie im Pericard. Die Tunica media der Gefässe erhält keine Fasern dieses Systems. Die Adventitia der Blutgefässe des Centrum tendineum diaphragmatis, der Gallenblasenwand, der Nierenkapsel enthält gleichartige sensible Endapparate. Adventitia und Intima des Aortenbogens, der Art. pulmonales besitzen sensible Endplättchen in derselben bedeutenden Menge und in derselben Lagerung, wie das Peri- und Endocard.

Krafft-Ebing: «Die Ursachen der Entwickelung der progressiven Paralyse». (Nr. 9 und 18).

Eine Uebersetzung des bekannten Vortrages auf dem internationalen Congresse zu Moskau.

Bechterew: «Ueber wenig bekannte Frühsymptome der Tabes dorsalis». (Nr. 9).

Zu solchen rechnet Bechterew:

1) Erhaltenbleiben und meist Verstärkung des Bauch und Epigastriumreflexes bei Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe.

2) Fehlende Druckempfindlichkeit des n. popliteus, welche häufiger im Initialstadium anzutreffen sein soll, als diejenige des n. peroneus oder n. ulnaris (Biernatzki's Symptom).

3) Herabgesetzte oder fehlende Druckempfindlichkeit der Wadenmuskeln, auch der übrigen Bein- und bisweilen selbst Armmuskeln.

Rosenbach: «Zur Casuistik der sexuellen Perversion». (Nr. 9).

19jähriger Patient, dessen psychopathische Constitution neben Intelligenzschwäche, Abstumpfung der ethischen Gefühle, früher Entwickelung neurasthenischer Erscheinungen in einer complicirten Störung des Geschlechtstriebes sich äussert. Letztere zerlegt R. in folgende Componenten: 1) Uranismus (Neigung zum eigenen Geschlecht). 2) Erregung und Steigerung der sexuellen Erregung durch den Anblick oder Genuss des Urins männlicher, aber auch weiblicher Personen (maskirter Masochismus, Krafft-Ebing) oder 3) durch den Anblick einer Entgleisung von Eisenbahnwagen resp. die Vorstellung einer solchen.

Bljumenau: Linksseitige hysterische Lähmung des m. serratus anticus major». (Nr. 9).

Krankengeschichte eines Recruten mit dieser höchst seltenen Affection. Keine Muskelatrophie, obgleich die Lähmung fast ein Jahr lang bestand; Schwankungen in der Intensität der Lähmung; ferner auf der linken Körperhälfte Anästhesie und Analgesie, am intensivsten in der Scapulargegend, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes; ausserdem Herabsetzung des Schluckreflexes, Schwindel. Entstanden war die Lähmung nach einer angeblichen Verrenkung des Schulterblattes beim Turnen, bald nach der Einreihung ins Militär.

Tjeljatnik: «Ueber die Kreuzung der Sehnerven». (Nr. 9).

Kölliker behauptet entgegen der gangbaren Ansicht, dass die nn. optici beim Menschen und bei den höheren Thieren sich vollständig kreuzen, ebenso wie bei den niederen. Verf. untersuchte Marchi-Präparate von den nn. optici, vom Chiasma, von den Tractus optici eines Hundes, bei welchem ein Auge einer langdauernden Atrophie unterlegen war. Er spricht sich kategorisch für eine partielle Kreuzung der Sehnervenfasern beim Hunde aus. Diese ist so ausgeprägt, dass die Anzahl der sich kreuzenden Fasern diejenige der in den gleichseitigen Tractus opticus übergehenden bedeutend überwiegt. Die ungekreuzten Fasern liegen im Tractus opticus hauptsächlich in dessen centralem Theile, am dichtesten dorsolateralwärts. Die gekreuzten Fasern concentriren sich vornehmlich im ventromedialen Abschnitte des Tractusquerschnittes und nehmen ausserdem seine ganze Peripherie ein.

Ssakowitsch: «Ueber den Einfluss des Tuber cinereum auf die Temperatur des Körpers». (Nr. 9).

Experimente an Hunden und Kaninchen: kleine Einstiche in den grauen Höcker bis zu 2 mm. Tiefe brachten nach 5—6 Stunden die Rectaltemperatur bis um 4,5° C. zum Steigen. Die subcutane Temperatur war auf beiden Körperseiten gleichmässig erhöht. Die peripherische Temperatur stieg ebenfalls, doch zeigten sich starke Schwankungen. Die Athmung wurde nach dem Einstich frequenter und intensiver. Ueberlebten die Thiere die ersten 24 Stunden nach der Operation, so sank die Rectaltemperatur bis um 11° C. unter die Norm.

Dobrotworski: «Ueber secundäre Degenerationen im Rückenmarke». (Nr. 0).

Vorläufige Mittheilung über Untersuchungen an Hunden, um die zeitliche Aufeinanderfolge des Beginnes der Degeneration in verschiedenen Systemen des Rückenmarks festzustellen. Auffallend erscheint der Befund, dass in allen Versuchen nach der queren Durchtrennung des Rückenmarks in Schnitten aus dem verlängerten Marke und aus der Brücke die Wurzeln der motorischen Hirnnerven von ihren Kernen an bis zu ihrem Austritte ebenfalls degenerirt erschienen. Eine Erklärung dafür weiss D. nicht zu geben.

Shukowski: «Ueber die anatomischen Verbindungen der Stirnlappen». (Nr. 9).

Experimente an Hunden und Kaninchen. Totale Zerstörung eines Stirnlappens, Tödtung nach 28—30 Tagen, Untersuchung der Hirne nach Marchi.

An den Präparaten aus den Hirnen zweier Hunde fand sich Folgendes:

1) Entartung der Fasern des Corpus callosum in seinem vorderen Theile; die entarteten Fasern gehen aus dem zerstörten Hirnlappen in den anderen über, wo man sie bis zur Hirnrinde verfolgen kann.

2) Entartung der inneren Kapsel auf der Seite der Zerstörung, besonders stark ausgeprägt im vorderen Knie der inneren Kapsel und allmählich abnehmend in der Richtung nach hinten.

3) Im Gebiet des Thalamus opticus findet sich Entartung ausser der inneren Kapsel noch im vorderen Theile des Sehhügels. Im hinteren Abschnitte des letzteren ist diese Entartung nicht mehr nachweisbar.

4) Im Hirnschenkel nimmt die Entartung nur seinen inneren Theil ein; sie beschränkt sich nicht auf die untere Etage des Hirnschenkels, sondern erstreckt sich auf den inneren Abschnitt des Stratum intermedium und der Substantia nigra. Die Entartung endigt in den vorderen Theilen des Hirnes. In den Pyramiden fehlt jegliche Entartung.

5) Die Entartung des Fasciculus subcallosus ist am ausgeprägtesten in dem Theile, welcher unmittelbar unter dem Corpus callosum liegt, und im Winkel des Seitenventrikels. Der dem Nucleus caudatus anliegende Theil des Bündels zeigt bedeutend geringere Entartung. Die Entartung dieses Bündels in sagittaler Richtung konnte Verf. bis zur Gegend, welche dem Niveau der hinteren Abschnitte der Thalami optici entspricht, verfolgen, sie hat einen mehr weniger verstreuten Charakter und nimmt allmählich in der Richtung von vorne nach hinten ab.

6) Entartung der Fasern des Gyrus fornicatus, welche successive an ihrer Intensität in der Richtung von vorne nach hinten verliert. Sie ist ebenfalls verstreuten Charakters.

Bei der Untersuchung zweier Kaninchenhirne wurde gefunden:

1) Entartung der Fasern des Corp. callos. in seinem vorderen Theile, welche bis zur Rinde der intacten Seite verfolgt werden kann; sie nimmt allmählich ab und verschwindet ganz im Scheitelgebiete.

2) Entartung der Fasern des Gyrus fornicatus; sie ist verstreut und nimmt succesive ab im Verhältniss zur Entfernung von den Stirnlappen. Die entarteten Fasern dringen aus dem Gyrus fornicatus durch das Corpus callosum in der Richtung zum Gewölbe, in welchem man sie deutlich bis zu den Crura fornicis verfolgen kann.

3) Schwach ausgeprägte Entartung des Fasciculus subcallosus.

4) Entartung des Bündels, welches aus dem Stirnlappen durch die äussere Kapsel in die vordere Commissur zieht. Offenbar bilden die entarteten Fasern dieses Bündels ein Commissuralsystem zwischen den Stirnlappen, welches durch die vordere Commissur zieht. Auf der nicht lädirten Seite ist die Entartung dieses Bündels viel schwächer ausgeprägt, als auf der lädirten Seite.

5) Entartung der Fasern des Stratum reticulatum thalami optici. In den hinteren Theilen des Thalamus ist sie jedoch nicht nachzuweisen.

6) Entartung des inneren Theiles des Hirnschenkels, welche ungefähr ein Drittel desselben einnimmt. Sie erstreckt sich

nach oben und ergreift den inneren Theil des Stratum intermedium und der Substantia nigra.

7) In der Brücke und im verlängerten Marke ist eine geringe Entartung der Pyramidenbahn zu finden, welche successive abnimmt, gerechnet von den vorderen Partien der Brücke. In der Gegend der Pyramidenkreuzung sind von dieser Entartung nur Spuren übrig geblieben.

Auf Grund aller dieser Befunde kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Cingulum und der fasciculus subcallosus haben directe Verbindung mit den Stirnlappen. Da die Entartung dieser beiden Bündel mit der Entfernung von den Stirnlappen allmählich abnimmt, so muss man annehmen, dass in ihnen Fasern von verschiedener Länge verlaufen.

2) Es existirt eine directe Verbindung zwischen den Stirnlappen und dem vorderen Theile des Thalamus opticus durch Vermittelung von Fasern, welche durch die innere Kapsel ziehen.

3) Es giebt eine Verbindung zwischen den Stirnlappen und dem inneren Theile der Substantia nigra.

4) Die Verbindung zwischen beiden Stirnlappen wird vermittelt durch Commissuralfasern des Corpus callosum, welche in den vorderen Partien desselben verlaufen und von der Rinde eines Stirnlappens zur Rinde des anderen ziehen.

5) Beim Kaninchen wird ausserdem die Verbindung zwischen den Stirnlappen hergestellt durch ein Bündel, welches durch die äussere Kapsel und die vordere Commissur zieht.

6) Es existirt eine zweifellose Verbindung zwischen dem Stirnlappen und dem vorderen Theile der Brücke durch das sogenannte Stirnbrückensystem, welches durch den inneren Abschnitt des Hirnschenkels verläuft.

7) Es giebt eine Verbindung zwischen Gyrus fornicatus und dem Gewölbe vermittelst Fasern, welche aus dem Gyrus fornicatus durch das Corpus callosum hindurch in das Gewölbe treten (der sogenannte Fornix longus) Michelson.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. September—December Nr. XI—XII 1897.

W. J. Schelonmow: «Ueber die Entfernung der Uterus adnexe durch die Scheide». (IX, X, XI).

Diese auf sehr sorgfältiger, wenn auch nicht immer unparteiischer, Durchmusterung der Litteratur und auf den, bei 20 einschlägigen vaginalen Operationen gesammelten, Erfahrungen fussende kritische Studie setzt den verschiedenen vaginalen Verfahren folgende Grenzen:

Die Punction hat einen diagnostischen Werth bei Eiteransammlungen im kleinen Becken; die therapeutische Verwärthung derselben ist auf Ausnahmefälle zu beschränken. Die Incision mit nachfolgender Tamponade ist bei einkammerigen Säcken, welche dem Scheidengewölbe anliegen berechtigt. Die uterine Castration ist indicirt: 1) Bei ausgedehnten Eiterungen deren Centrum die Tube bildet und welche die Umgebung des Uterus, die Ligamenta lata, das Beckenzellgewebe und den Douglas in Mitleidenschaft ziehen. 2) Bei doppelseitiger oder mehrkammriger Sactosalpinx purulenta, wo eine Incision mit nachfolgender Drainage einzureichend ist. 3) Bei Eitersäcken mit massigen alten Verwachsungen der Nachbarorgane, besonders den Därmen, wo eine Coeliotomie sehr schwer oder ganz unausführbar wäre. (? Ref.). Die uterine Castration ist hier indicirt ganz abgesehen davon, ob Fisteln vorhanden sind oder nicht. 4) in Fällen, wo früher die Coeliotomie ausgeführt worden war, ohne dass durch dieselbe vollständige Heilung erzielt worden wäre.

Die Colpo-coeliotomia posterior ist indicirt: 1) Bei Entzündungen der Eierstöcke und Tuben, wobei die Tumoren in den Douglas herabgesunken, daher noch frei beweglich und mit den Nachbarorganen wenig verwachsen sind. 2) Unter genannten Verhältnissen ist die Operation auch indicirt abgesehen davon, ob der Adnextumor ein- oder doppelseitig, ob der Inhalt serös oder eitrig ist. 3) Die Grösse des Tumors kann derjenigen eines Kindskopfes gleichkommen. 4) Cystische Geschwülste, welche ausserhalb des kleinen Beckens liegen, können auf diesem Wege operirt werden, wenn das untere Segment derselben bis in den Douglas dislocirt werden kann. 5) Unter genannten Bedingungen können selbst cystische Geschwülste, die bis zum Nabel reichen, operirt werden, wenn stärkere Verwachsungen derselben oberhalb der linea innominat. mit dem Netz und den Därmen ausgeschlossen werden können. 6) Derbe resp. maligne Tumoren können auf diesem Wege operirt werden, wenn eine Entfernung ohne vorhergehende Zerstückelung als möglich angenommen werden kann.

Die Colpo-coeliotomia anterior verdient eine Bevorzugung: 1) Bei interstitiellen und subserösen Uterustumoren. 2) Bei Complication der Adnextumoren mit Retroflexio mobilis oder fixata. 3) Eine unbedingte Forderung für die Ausführbarkeit des vorderen Scheidenschnittes ist die Abwesenheit breiter oder fester Verwachsungen im Douglas.

Wenn es sich um mehrkammerige oder multiple intraligamentäre Cysten handelt, so ist ihre Entfernung auf vaginalem Wege dem ventralen vorzuziehen. Dasselbe gilt auch für die nur theilweise Entfernung der Cystenwandungen.

M. N. Poroschin: «Rechenschaftsbericht der geburtshilflichen Abtheilung der Klinik K. F. Slawjanski's pro 1894 und 1895. (IX, X, XI).

M. N. Poroschin: «Ueber Coeliotomien während der Schwangerschaft» (XII).

Aus der längeren Abhandlung geht hervor, dass 1) die Schwangerschaft nicht als Contraindication für die Vornahme einer Operation im Allgemeinen und der Coeliotomie im Speciellen gilt. 2) Die Ovariotomie während der Schwangerschaft vorzügliche Resultate liefert, sowohl in Bezug auf die Mutter, als auch auf die Fortdauer der Schwangerschaft. Man muss in möglichst frühen Schwangerschaftsstadien operiren. 3) Die conservative Myomotomie während der Schwangerschaft giebt gleichfalls gute Resultate, doch ist streng zu individualisiren. Nicht nur wenn schon beunruhigende Symptome vorhanden sind, sondern auch wenn ein Eintritt derselben nur für möglich erachtet wird, muss operirt werden, sobald die Erhaltung der schwangeren Gebärmutter nicht ausgeschlossen ist. Am günstigsten ist der 4. und 5. Schwangerschaftsmonat zur Ausführung der Operation. 4) Die Fixirung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand führt meistentheils keine Unterbrechung der Schwangerschaft oder Geburtscomplicationen herbei.

G. G. Saks: «Ueber Ausführung des artificiellen Abortes» (XII).

Ein Fall in welchem einer Pat. von einem Specialisten ein künstlicher Abort mit Anwendung des scharfen Löffels gemacht worden war und bei welcher S. 27 Tage nach der Operation noch ein Handteller grosses Stück Placenta entfernen musste giebt Verf. Veranlassung sich dahin zu äussern, dass wenn in der Hand geübter Specialisten die Entfernung des Eies mit dem Löffel sich mit einem Zurücklassen eines so grossen Stückes Placentargewebes compliciren kann, ein derartiges Verfahren nicht als ein unschuldiges und zu keinen Complicationen führendes bezeichnet werden darf. Verf. ist vollständig im Recht, wenn er behauptet, dass wenn der Operateur zuerst die Eitheile mit dem Finger entfernt und die Auskratzung erst nach Ausräumung der grossen Stücke aus dem Uterus ausgeführt hätte, ihm ein solcher Kunstfehler nicht passirt wäre.

K. Kegler: «Ulcera mollia vaginae». (XII).

Nach Schilderung seines einschlägigen Falles geht K. ausführlicher auf die Diagnose und den klinischen Verlauf solcher Fälle ein und hebt die Seltenheit des Sitzes des Ulcus molle an einer solchen Stelle wie in dem beschriebenen hervor (vorderer Fornix). Als prädisponirendes Moment für eine Infection der Vagina führt Verf. das Vorhandensein von Katarrhen und damit verbundener Säureabnahme des Vaginalsecretes an.

N. K. Nejelow: «Ein Fall von Tuberculose der Gebärmutter» (XII).

Bei einer 65-jährigen Frau machte N. wegen starken gelblichen Ausflusses eine Abrasio. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Gewebsstücke ergab verschiedene Infiltrationsheerde mit Zerfall im Centrum, Riesenzellen und Tuberkelbacillen. Da sich in anderen Organen keine Tuberkulose nachweisen liess, hält N. den Fall für eine primäre tuberculöse Erkrankung des Uterus. Die Abhandlung wird vervollständigt durch literarische Angaben in Betreff des klinischen Bildes und der Therapie dieses seltenen Leidens.

B. Wischnepolski: «Zur Casuistik der Blasenmole». (XII).

Nachdem Verf. in Kürze der Ursachen dieser Anomalie Erwähnung gethan und diesbezügliche Literaturangaben gemacht hat, geht er zur Beschreibung seines Falles über, in welchem er eine Blasenmole im 7. Schwangerschaftsmonat entfernen musste. Die Schlussfolgerungen W.'s sind folgende:

1) Die Meinung Marschand's, dass sich die Blasenmole aus einem Eichen entwickelt, welches in sich schon die Anlagen zur pathologischen Entwickelung birgt, scheint berechtigt zu sein, wenigstens für die Fälle wo sich die Mole schon in sehr frühen Stadien zu entwickeln beginnt.

2) Eine Mole kann sich auf ganz normaler Schleimhaut einer gesunden Frau entwickeln.

3) Die ganze Mole darf nur dann vollständig entfernt werden, wenn die Wanderungen des Uterus genügend fest und die Mole nicht zu fest mit denselben verwachsen ist. Im entgegengesetzten Falle könnte die Uterusextirpation in Frage gezogen werden. Dobbert.

Довв. ценв. Спб. 2 Апрѣля 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.





Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 4. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Djetskaja Medicina 1898, Nr. 1.

P. P. Michailow: «Ein Fall von Gonitis gonorrhoica bei einem Mädchen».

Bei einem fünfjährigen Mädchen begann 2½ Wochen nach dem Auftreten einer eitrigen Vulvovaginitis das linke Kniegelenk an zu schwellen und wurde sehr schmerzhaft. Dieses mit hohem Fieber remittirenden Characters verlaufende acute Stadium ging alsbald in ein subacutes über, und nach einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Im Scheidensecret wurde der diplococcus Neisseri gefunden; derselbe konnte jedoch nicht in der dem Kniegelenk entnommenen eitrigen Punctionsflüssigkeit nachgewiesen werden. Dessenungeachtet glaubt Verf. den Gonococcus an dem Zustandekommen der Gonitis beschuldigen zu dürfen, zumal in derartigen Fällen ein negatives Ergebnis bei der Untersuchung häufig vorzukommen scheine.

S. J. Werewkin: «Einiges über die Diphtheriestatistik in Moskau, und über die Verwerthbarkeit derselben zur Lösung der Frage in Betreff der Präventivimpfungen».

Von verschiedenen Seiten wurde darauf hingewiesen, dass die Diphtherie verhältnissmässig selten in Herderkrankungen von grossem Umfange auftrete, dagegen in der Mehrzahl der Fälle auf Einzelerkrankung beschränkt bleibe. W. stellte es sich nun zur Aufgabe solches nachzuprüfen auf Grund des ihm zur Verfügung stehenden Materials aus den Jahresberichten des Moskauer Stadtamts. Die Diphtherieerkrankungen wurden von ihm derartig eingeteilt, indem zunächst festgestellt wurde die Anzahl sämmtlicher Häuser, in denen im gegebenen Jahre Diphtherie aufgetreten war. Dieser Häusergesammtzahl wurden gegenübergestellt die Zahlen der Häuser mit Einzelerkrankungen, mit zwei, drei, vier, fünf und mehr Erkrankungen an Diphtherie pro Jahr. Solch' einer Prüfung wurden die Jahresberichte für 7 Jahre von 1889 bis 1895 unterzogen. Nur im Jahre 1895 war das Serum sowohl, als auch Präventivimpfungen in Anwendung; in den 6 ersten Untersuchungsjahren, bis zur Serumepoche, war der ganze Kampf mit der Seuche zum Zweck der Verhütung einer Weiterverbreitung erschöpft in den üblichen Massregeln der Isolation und der Desinfection.

W. gelangt nun zu einem höchst interessanten Ergebniss: im Laufe der sieben Beobachtungsjahre ist das Verhältniss der Einzelerkrankungen der Diphtherie im Vergleich zu ihrem Auftreten heerdweise, abgesehen von unbedeutenden Schwankungen, ein ziemlich gleiches gewesen. In 73,8% (im Mittel) trat die Diphtherie als Einzelerkrankung auf, d. h. von 10 Kranken boten 7 keine weitere Ansteckungsquelle für ihre Umgebung dar. Somit zog in ¾ sämmtlicher Häuser, wo ein Diphtheriefall vorgekommen, solches keine weitere Erkrankung nach sich. Die Herderkrankungen zeigten gleichfalls in den einzelnen Jahren ein annähernd ähnliches Verhältniss: 2 Erkrankungen in einem Hause kamen vor in 16%, 3 Diphtheriefälle in demselben Hause in 5—6%; 4 Fälle in c. 2%, 5 Fälle in ½—1½%; mehr als 5 Erkrankungen traten gleichfalls in ½—1½% auf.

Wl. Grigorjew: «Bacteriologische Untersuchungen von Rachen- und Nasenschleim reconvalescenter Diphtheriekranker».

Solange im Rachen- oder Nasenschleim von Diphtheriereconvalescenten sich noch Bacillen vorfinden, bietet das betreffende Individuum noch eine Gefahr der Infection für andere dar, so lange müsste somit eine Isolation durchgeführt werden. Die bisherigen Untersuchungen über die Zeitbestimmung des Verschwindens der Diphtheriebacillen bei den Reconvalescenten führten zu recht verschiedenlautenden Ergebnissen. Bei seinen diesbezüglichen bacteriologischen Untersuchungen erhielt Grigoriew folgende Resultate, untersucht wurden 46 Diphtheriekranke:

1) in 36 Fällen, = 78,25%, schwanden die Bacillen innerhalb der ersten Woche nach dem Verschwinden der Membranen,

2) in 5 Fällen, = 10,87%, innerhalb der zweiten und 3) in 5 Fällen innerhalb der dritten Woche.

Im Allgemeinen lässt sich aus diesem Ergebnis ersehen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Diphtheriebacillen bereits zum Schlusse der zweiten Woche verschwunden sind.

W. Murawjew: «Diphtherietoxin und Antitoxin in ihrer Gegenwirkung auf das Nervensystem der Meerschweinchen».

Verf. untersuchte die im Rückenmark und den peripheren Nerven hervorgerufenen Veränderungen einerseits nach Einführung des Diphtherietoxins in den Organismus, andererseits nach derjenigen des Antitoxins. Dann aber auch ihre Gegenwirkung, auf pathologisch-anatomischer Basis sich äussernd, bei gleichzeitiger Einführung beider Stoffe, oder des Antitoxins nach dem Toxin. Es zeigte sich nun, dass, wenn auch das Antitoxin nicht die schweren degenerativen Zustände, wie sie beim Toxin beobachtet werden, hervorrufe (Chromatolyse, Vakuolisation der Nervenzellen der grauen Vorderhörner des Rückenmarks, multiple Neuritis), es doch auch seinerseits Veränderungen der Nervenzellen und -fasern bewirken können, somit für den Organismus durchaus nicht für indifferent zu halten sei. Murawiew sagt, man dürfe nicht Missbrauch treiben mit den Seruminjectionen; vielleicht wäre es passender öfter kleinere Quantitäten Antitoxin einzuverleiben, um jedes Mal das sich von neuem bildende Toxin zu neutralisiren, statt auf einmal einen Ueberschuss des Antitoxins dem Organismus zu geben.

A. Kirillin: «Situs inversus bei einem 12-jährigen Knaben».

A. Kissel: «Pleuritis purulenta bei einem 2-jährigen Knaben. Exitus letalis 16 Stunden post operationem an Herzparalyse».

Microscopisch liess sich eine hochgradige fettige Entartung des Herzmuskels nachweisen. K. ist geneigt dieses der fibrinösen Pneumonie zuzuschreiben, welche 3 Wochen vor dem Tode ihren Anfang genommen und an die sich später das Empyem anschloss.

A. Ssokolow: «Ein Fall von Arthritis blennorrhoica beim Neugeborenen».

Im mitgetheilten Falle handelte es sich um ein gonorrhoisches Befallensein bei einem Neugeborenen zweier Gelenke: des linken Radiocarpalgelenks und der linken Coxa. Zugleich war eine Conjunctivitis blennorrhoica mässigen Grades vorhanden. Der Verlauf war ein relativ milder und nach circa 4 Monaten erfolgte vollständige Heilung. Obgleich eine bacteriologische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, konnte man sich doch über den richtigen Character dieser Krankheit nicht täuschen: bei der Mutter war eine gonnorrhoische Erkrankung der Genitalien constatirt. Zu bemerken ist, dass die Mutter 8 Tage vor der Geburt des Kindes an einer heftigen Gonitis erkrankte, welche sich nur äusserst langsam besserte.

B. Egis: «Ein Fall von schwerer Pyaemie bei Scharlach. Genesung».

Der Fall betrifft ein schwaches Kind von 3 Jahren, welches ungeachtet der Complicationen des Scharlachs: otitis media purulenta, Nephritis, Empyem und Pyaemie, die ausgeführten Operationen, Thoracotomie und Eröffnung dreier pyämischer Abscesse, gut vertrug, und nach 3 monatlichem Aufenthalt im Hospital als vollkommen genesen entlassen werden konnte.

Hecker.

Wratsch Nr. 1—7 1898.

Prof. M. Ssubbotin: «Ueber Redressement der Kyphosen bei Tuberkulose der Wirbelsäule nach Calot». (Nr. 1).

Verf. beweist, dass die Redression der Kyphose bei Tuberkulose der Wirbelsäule zuerst von Hippokrates, dieselbe Redression unter Chloroformnarkose — von Dr. Chipault ausgeführt wurde. Die Redression sei in frischen Tuberkulosefällen

ein vorzügliches Mittel die Lage der erkrankten Wirbel zu corrigiren und den Druck, den sie aufeinander ausüben aufzuheben; in veralteten Fällen, in den der Krankheitsprocess schon vollendet ist, erreicht sie das Ziel nicht. Die Redression heilt die Tuberkulose nicht; sie ist nur ein die Heilung beförderndes Mittel. Der unbewegliche Gypsverband vom Kopfe bis zu den Füssen kann ohne Schaden nur 6—8 Wochen liegen bleiben und muss darauf durch abnehmbare Korsete oder Apparate ersetzt werden. Bleibt der Gypsverband mehrere Monate lang liegen, so richtet er unverbesserlichen Schaden an.

W. Massen: «Zur Frage über die prophylaktische und therapeutische Wendung bei engem Becken». (Nr. 1).

In den Jahren 1894—1896 wurden vom Verf. bei engem Becken 17 Wendungen auf den Fuss gemacht und zwar 4 derselben zu prophylaktischem Zwecke, um den Kopf des lebenden Kindes nicht zu perforiren, die übrigen zu therapeutischem Zwecke bei verschiedenen Indicationen. Die verschiedenen Verhältnisse und Ausgänge der Wendungen sind aus folgenden 2 Tabellen ersichtlich:

Tabelle I.

Beckenform	Conjugata diagonalis in Centimetern			Früchte geboren.		
	11—10,5.	10,5—9,5	9,5—8,5.	Lebend	Todt	Summa
Plattes	0	3	3	4	2	6
Allgemein ungleichm. verengtes	0	0	6	4	2	6
Allgemein gleichm. verengtes	1	1	3	4	1	5
Summa.	1	4	12	12	5	17

Tabelle II.

Beckenform	Durchschnittsgewicht der Früchte in Grammen.		Durchschnittsgewicht der Früchte bei den verschiedenen Verengerungsgraden.					
			Lebende			Todte		
	Lebende	Todte	11—10,5 cm.	10,5—9,5 cm.	9,5—8,5 cm.	11—10,5 cm.	10,5—9,5 cm.	9,5—8,5 cm.
Plattes.	3725	4075	0	3725	3725	0	4400	3725
Allgemein ungleichmässigverengtes .	3482,5	3450	0	0	3482,5	0	0	3450
Allgemein gleichmässigverengtes . .	3425	3000	3800	3200	3350	0	0	3000
Durchschnittsgewicht	3544,1	3610	3800	3553,3	3510	0	4400	3412,5

M. Korotkewitsch-Gladki: «Zur Frage über die Diagnose des Abdominaltyphus nach Elsner». (Nr. 1).

Bacteriologische Untersuchungen.

A. Lawrinowitsch: «Ueber den Einfluss des Bergklimas auf das Blut gesunder Menschen». (Nr. 2).

Vom 1. Juli 1896 bis zum 1. Juli 1897 lebte Verf. als Militärarzt auf dem Pamir'schen Flachberge. gleich darauf ging er in's Thal Neu-Margelan über. Diese Zeit benutzte er um den Einfluss des Bergklimas und des Ueberganges von demselben in's Thal auf die Zusammensetzung des Blutes zu bestimmen. Die Pamiren liegen 12000 Fuss über dem Niveau des Meeres, Barometerstand durchschnittlich — 480 mm. durchschnittliche Jahrestemperatur —· 3° C., durchschnittliche relative Feuchtigkeit — 47%. Die Luft auf den Pamiren ist trocken, ausserdem sind die Schwankungen zwischen der Tages- und Nachttemperatur sehr bedeutend. Die Untersuchungen, die an 35 Personen angestellt worden sind, gaben folgende Resultate: 1) Unter dem Einflusse des Bergklimas finden im Blute der dort wohnenden Personen starke Veränderungen statt: a) die Zahl der rothen Blutkörperchen im cbmm. nimmt durchschnittlich um 57—60 pCt. zu, b) der Haemoglobingehalt steigt durchschnittlich um 10,5—15,7 pCt., c) der Durchmesser der rothen Blutkörperchen vergrössert sich durchschnittlich um 7,2—9,6 pCt. Kurz — das Blut wird dichter. 2) Beim Uebergang in's Thal kehrt die Zusammensetzung des Blutes nach 1—2 Monaten wieder zur Norm zurück.

N. Kumberg: «Ein Fall von Dermatomyiasis linearis migrans oestrosa». (Nr. 2).

Als Dermatomyiases werden die durch Fliegenlarven hervorgerufene Hautkrankheiten bezeichnet. Einen derartigen Fall beobachtete K. im Gouv. Perm: ein 19-jähriger Bauer klagte über heftiges Zucken der rechten Wange, das vor 4 Tagen, nach der Feldarbeit, zuerst an der Augenbraune aufgetreten ist und mit jedem Tage etwa um einen Zoll weiter nach unten sich verbreitete. Schon von der Ferne konnte man an der rechten Wange des Pat. einen schmalen, röthlichen Streifen wahrnehmen, der von der Augenbraune fast bis zur Oberlippe ging. Länge des Streifens $10^1/_2$ cm. Beim Betrachten mit der Lupe bemerkte Verf. am Ende des Ganges einen schwarzen Punkt, der etwa wie ein Würmchen aussah. Beim Eröffnen des Endes des Ganges mit einen scharfen, schmalen Messer blieb am Ende des letzteren ein weisses etwa 1 cm. langes Würmchen hängen. Das Zucken hat sofort aufgehört. Bei 90-facher Vergrösserung hatte das Würmchen das Aussehen einer jungen Larve irgend einer Fliege, wahrscheinlich, der Bremse (Oestrus).

P. Drosdowski: «Ueber den Einfluss des Trinkwassers von verschiedener chemischer Zusammensetzung auf die Virulenz des Milzbrandbacillus». (Nr. 3).

Die Versuche des Verf. mit dem Newa- und Duderhof'schen Quellwasser zeigten, dass der Milzbrandbacillus im Wasser nicht 1—3 Tage seine Virulenz behält, wie es die deutsche Commission in Bombey bestimmt hatte, sondern 7 Tage im Wasserleitungswasser und 14 Tage im Quellwasser.

E. Franzius: «Zur Frage der Conservirung der Gehirne wuthkranker Thiere in Glycerin und Wasser». (Nr. 3).

Verf. kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:
1) Das Gehirn wuthkranker Thiere lässt sich in Glycerin viel länger conserviren, als im Wasser.
2) Die Virulenz des Gehirns wuthkranker Thiere hält beim Conserviren in Glycerin und Wasser viel länger an, als allgemein angenommen wird, und zwar im Glycerin höchstens 152, im Wasser maximum 88 Tage.
3) Dieser Unterschied für Glycerin und Wasser hing in den Versuchen des Verf., wahrscheinlich, von der Quantität der Gehirnsubstanz ab, die bei den Versuchen benutzt wurde.
4) Zur richtigen Diagnose der Wuthkrankheit muss den Impfstationen ein Stück des verlängerten Markes des gefallenen Thieres in Glycerin oder gekochtem Wasser zugeschickt werden. Die Uebersendung des Cadavers oder Kopfes des Thieres und das Einlegen des Gehirns in desinficirende Flüssigkeiten sind zwecklos.

G. Rshetschkowski u S. Ssyvkin-Schklowski: «Unvollständige Hypospadie, Atresia hymenalis und Blutansammlung in der Scheide». (Nr. 3.)

Prof. J. Sabludowski: «Die Massage in der Chirurgie, auf Grund der Erfahrungen in der Berliner chirurgischen Klinik». (Nr. 3—6).

In einem längeren, auf dem internationalen Congress in Moskau gehaltenen, Vortrage bespricht Verf. die Indicationen und Contraindicationen, die Art und Wirkung der Massage bei den verschiedensten Krankheiten, die sich in einem kurzen Referate nicht gut wiedergeben lassen, weshalb wir den Leser aufs Original verweisen.



Prof. G. Chlopin: «Eine neue Mineralquelle in der Krimm». (Nr. 4.)

Diese befindet sich auf einem Gute in der Nähe von Jalta. Ihrer chemischen Zusammensetzung nach gehört sie zu den alkalisch-muriatischen Mineralquellen und steht am nächsten den Essentucki'schen Quellen Nr. 4 und der Ponomarew'schen, unterscheidet sich aber von diesen durch ihren viel geringeren Gehalt an freier Kohlensäure, durch die Abwesenheit von Eisen-, Brom- und Jodverbindungen und das Reichthum an Schwefelsäureverbindungen.

Prof. Selenew: «Die Gonorrhoe, als allgemeine Infectionskrankheit». (Nr. 3.)

Antrittsrede, kurze Uebersicht der betreffenden Literatur.

J. Kijanizin: «Weitere Untersuchungen über den Einfluss keimfreier Luft auf den Thierorganismus». (Nr. 4.)

Auf Grund seiner Versuche behauptet Verf. dass zur Erhaltung des Lebens und für den normalen Stoffwechsel ausser dem Sauerstoff noch gewisse Luftmikroben nothwendig sind, die beim Gasaustausch ins Blut eintreten und von den weissen Blutkörperchen absorbirt werden (weshalb sie im Blute für gewöhnlich auch nicht zu finden sind), von ihnen verdaut werden und zur Bildung eines Oxydationsfermentes führen, ohne dem die normale Oxydation im Organismus sinkt; in Folge dessen bildet sich im Organismus eine grosse Menge unvollständiger Zwischenproducte des Stoffwechsels — Leukomaine — die in grosser Menge angesammelt, zum Tode des Thieres führen.

N. Benissowitz: «Ein Fall von Carcinom der S-förmigen Krümmung». (Nr. 4.)

L. Blumenau: «Ein Fall von Hysterie im Kindesalter unter dem Bilde einer tuberkulösen Meningtis (Pseudo-meningitis hysterica). (Nr. 5.)

Ein 12-jähriger Knabe erkrankte im Januar 1896 mit starken Kopfschmerzen, worauf sich bald eine allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit und Verstopfung entwickelten. Mitte Februar stellten sich Krampfanfälle mit Verlust des Bewusstseins ein. Pat. wurde stark abgemagert, konnte nicht mehr sitzen und klagte über heftige Kopfschmerzen. Ausserdem bestanden noch Herabsetzung der Sehschärfe, krampfhafter Lidschluss und horizontaler Nystagmus, Augenhintergrund normal. Dazu kamen noch Fieber und Erbrechen, so dass der Verdacht auf tuberkulöse Meningitis sehr nahe lag. Die objective Untersuchung, die ausserordentlich lange Krankheitsdauer, der normale Puls ohne Arythmie und Verlangsamung, das Fehlen der Nackenstarre und das ungetrübte Bewusstsein sprachen aber dagegen. Die Krampfanfälle ausserdem waren den hysterischen sehr ähnlich. Verf. versuchte deshalb die Krankheit durch Hypnose zu beeinflussen. Nach der ersten Seance schwanden die Kopfschmerzen, nach der zweiten — besserte sich die Sehschärfe und schwand der Nystagmus, nach der dritten — wurde auch die Muskelschwäche geringer, schwand aber nicht ganz, da sie eine Theilerscheinung der allgemeinen Schwäche und Abmagerung war. Diese besserten sich nur allmählich, so dass Pat. erst Mitte 1897 vollkommen hergestellt war.

N. Wolkowitsch: «Ueber die Durchschneidung der Bauchwand bei Laparotomie». (Nr. 5.)

S. Cholmogorow: «Eitrige Entzündung der Symphysis ossium pubis». (Nr. 5.)

Nach einer im Allgemeinen normalen Geburt, bei der aber angewachsene Placentarstücke mit der Hand abgelöst werden mussten, entwickelte sich bei einer 23-jährigen Bäuerin eine eitrige Entzündung der Schamfuge. Ausser Fieber bestanden keine Symptome, die den Verdacht auf eine solche lenken könnten und nur in den letzten Tagen vor dem Tode traten Schmerzen in den Schambeinen und Schamfuge auf und bald darauf auch im rechten Oberschenkel, der etwas geschwollen war. Bei der Obduction wurde constatirt: eitrige Entzündung der Symphysis ossium pubis, Phlegmone des Oberschenkels, diffuse Phlegmone über der ersten Aponeurose des ganzen Unterschenkels und Abscess in der linken Lunge.

M. Rubinsky: «Zur Casuistik der Rupturen des Uterus und der Scheide bei der Geburt». (Nr. 5.)

In Folge der von einer Dorfhebamme ausgeführten Reposition eines nach dem Fruchtwasserabfluss vorgefallenen Kindsarmes entstand bei einer 40-jährigen Mehrgebärenden eine Ruptur der hinteren Scheidenwand, auch wurde die Portio vaginalis vom hinteren Scheidengewölbe abgerissen. Drei Tage nach dem Eintritt ins Hospital ist Pat. gestorben. Die Section zeigte: Bauchfell von Eiter und Blutgerinseln bedeckt, unter dem Bauchfell auf den Därmen lag die macerirte Frucht, mit dem Rücken nach vorn gerichtet, Weichtheile im Becken der Mutter, linker Arm gestreckt, Kopf in der linken Ileocoecalgegend der Mutter. Corpus uteri gut contrahirt, überall von theils flüssigem, theils geronnenem Blute umgeben. Placenta in der Bauchhöhle der Mutter. Der Riss hatte eine Längsrichtung, vom inneren Muttermunde durch die Portio vaginalis bis zum hinteren Scheidengewölbe.

M. Kreps: «Zur Casuistik der Neubildungen der Harnblase». (Nr. 5.)

Beim vom Verf. beobachteten Patienten waren keine characteristischen Symptome einer Harnblasenneubildung. Letztere wurde nur vermittelst der Cystoscopie entdeckt. Durch die Operation wurde die Diagnose auch vollkommen bestätigt.

Prof. Ziemssen: «Ueber die Behandlung der Lungentuberculose». (Nr. 6.)

Auszug aus dem auf dem XII. internationalen medicinischen Congress gehaltenem Vortrage, über den in unserer Wochenschrift (1897, pag. 336) ausführlich referirt worden ist.

P. Buchman: «Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Actinomycose». (Nr. 6.)

Ausführliche Besprechung der betreffenden Literatur nebst zwei vom Verfasser selbst beobachteten Fällen dieser Krankheit. In beiden handelte es sich um Actinomycose der Wange in der Gegend des Unterkiefers. Die Infection ging von cariösen Zähnen aus. Die Unterkiefer blieben verschont. Nach Operation der Geschwülste und längeren Jodnatriumgebrauch — vollständige Heilung.

J. Fedorow: «12 Fälle von Alkoholismus behandelt mit Strychnin». (Nr. 7.)

In allen Fällen handelte es sich um sogen. Quartalsäufer. Bei 3 derselben bestanden ausser der Trinksucht nur Verdauungsstörungen, die übrigen litten gleichzeitig an Neurasthenie und theilweise auch an Polyneuritis. Die catarrhalischen Erscheinungen seitens des Magendarmapparates wurden unter dem Einfluss des Strychnins rascher und bedeutender gebessert, als bei der gewöhnlichen Alkoholentziehung. Auch die Erscheinungen der Neurasthenie, die Schlaflosigkeit, gesteigerte Reizbarkeit und Depressionszustände wurden durch das Strychnin sehr günstig beeinflusst. Auf die krankhafte Trunksucht aber hatte dasselbe absolut keinen Einfluss.

S. Gosewer: «Zur Frage der Complicationen der Angina». (Nr. 7.)

In einer Familie, die aus 5 Mitgliedern bestand, entwickelte sich bei einem 8-jährigen Knaben im Verlaufe einer Angina lacunaris Erythema urticatum und Herpes der Lippen, bei der 12-jährigen Schwester desselben — am 1—10. Krankheitstage, acute Nierenentzündung, die 6 Wochen dauerte. Auch die Mutter und ein 2-jähriges Kind hatten Halsschmerzen, Fieber, Schwellung der Halsdrüsen und starken Durchfall, der, wahrscheinlich auch als eine Complication der Angina betrachtet werden muss. Einen zweiten Fall von acuter Nierenentzündung im Anschluss an eine lacunäre Angina beobachtete G. bei einem 20-jährigen Fräulein, der Tochter eines Arztes.

W. Iwanow: «Zur Frage der Bacteriologie des Trachoms». (Nr. 7.)

A. Sacher.

Medicinskoje Obosrenje. Februar 1898.

M. Strauch: «Eine einfache Methode der vaginalen Uterusextirpation».

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der totalen vaginalen Uterusextirpation und findet dieselben mit Mängeln behaftet. Die Methode von Mackenrodt lässt immer eine Nachblutung befürchten; bei der Ligaturmethode ist das Material an sich nicht absolut zuverlässig; Catgut kann unter Umständen eine Infection zu Stande bringen, Andrerseits sind die Seidennähte sehr schwer zu entfernen; endlich ist die Klemmpincetten-Methode mangelhaft 1) wegen der starken Schmerzen nach der Operation 2) wegen der abundanten Blutung, die zuweilen bei der Abnahme der Klemmer auftritt. Autor hat seine eigene Methode ausgearbeitet, die in der Umschnürung der breiten Mutterbänder mittels elastischer Ligaturen nach Brennecke beruht: Nachdem die Vaginalportion des Uterus mit der Muzeux'schen Zange heruntergezogen worden ist, wird mit der Cooper'schen Scheere ein ring-

förmiger Schnitt um die Scheidengewölbe geführt, wobei die Douglas'schen Räume eröffnet werden; alsdann löst man mit dem Finger die Harnblase vom Uterus und von der vorderen Fläche der breiten Mutterbänder ab und bringt in den vorderen Douglas einen breiten Spiegel, um die Blase zu schützen und einen Darmvorfall zu verhindern; alsdann wird der Uterus zusammen mit den Adnexa an die äussere Genitalöffnung gebracht; der Spiegel wird dann in eine der Seitenwände der Scheide dislocirt und um das breite Mutterband wird eine elastische Ligatur gelegt, welche mit starken Seidenfäden befestigt wird; ebenso wird auch mit dem anderen Mutterband verfahren. Darauf excidirt man die Ligamenta lata, wobei möglichst grosse Stümpfe zurückgelassen werden, entfernt den Uterus insgesammt der Adnexa und stillt die Blutung im hinteren Scheidengewölbe durch Anlegen von 1—2 Nähten; in die Scheide bringt man Jodoformmarly. Die Nachbehandlung besteht nur darin, dass 24 Stunden nach der Operation ein Lavement verordnet wird, nach 48 Stunden ein Laxans; am 9. oder 10. Tage können die Kranken aufstehen, am 15. Tage werden die beiden elastischen Ligaturen mit den nekrotisirten Stümpfen und die Marly entfernt. Autor hat 23 Fälle auf diese Weise operirt und war mit dieser Methode immer sehr zufrieden: alle Operirten genasen ohne irgend welchen Zwischenfall. Die Methode ist jedoch nur bei benignen Tumoren des Uterus und dessen Adnexa anwendbar, bei Uteruscarcinom zieht Verf. die Klemmer-Methode mit nachfolgender Cauterisation vor.

J. Jurassowski: «Ein Fall von Geburt eines Dicephalis dibrachius».

W. Potejenko: «3 Fälle von Radicaloperation der Brüche nach Bassini».

An der Hand seiner glücklich operirten Fälle lobt Verf. diese Operationsmethode, die auch unter ungünstigen äusseren Verhältnissen ausführbar ist.

K. Snegirew: «Ein Fall von uncomplicirter Fractur der Darmbeinschaufel».

N. Kirikow: «Ein Fall von Hepatitis suppurativa».

W. Mlodsejewski: «Ein Fall von Endotheliom der Pleura und des Pericards».

Der Fall ist insofern von Interesse, als primäre maligne Tumoren der Pleura zu den grössten Seltenheiten gehören. Die Geschwulst beschränkte sich in dem Falle des Autors auf die linke Pleura und das parietale Blatt des Pericards. Die diagnostischen Schwierigkeiten bestanden darin, dass eine linksseitige exsudative Pleuritis angenommen werden konnte, zumal aus der Anamnese sich ergab, dass die 32-jährige Patientin kurze Zeit zuvor eine croupöse Pneumonie durchgemacht hatte. Dass es sich jedoch nicht nur um ein Exsudat handelte zeigte der Umstand, dass die Dämpfung die ganze linke Seite vorne und hinten einnahm, während Dislocation des Herzens und der Milz nicht stattgefunden hatte; ferner war die Dämpfung in der linken Seite oben ausgesprochener und intensiver, als unten. Es wurde mehrmals punktirt und ein seröses Exsudat entfernt. Die erneuerte Ansammlung des serösen Exsudates geschah sehr rasch, blutig wurde das letztere erst 3 Wochen vor dem Tode der Patientin.

G. Zechanowski: «Die Anwendung des elektrischen Lichtes zu Heilzwecken in West-Europa».

Abelmann.

Obosrenije Psichiatrii, Newrologii i eksperimentalnoi Psichologii. Nr. 6—9, Juni—December 1897.

Bechterew: «Ueber choreatische Epilepsie». (Nr. 10).

21-jähriger Bäcker, dessen Vater Potator, leidet seit frühester Kindheit an epileptischen Anfällen. Diese sistirten eine Zeit lang, traten nach Insolation wieder auf. Kurze Zeit vor letzterem Ereigniss erschienen nach einer Bestrafung in der Schule krampfhafte Zuckungen und Stösse am ganzen Körper, welche allmählich an Stärke zunahmen. Es handelt sich in diesem Falle nicht um eine einfache Coordination von Chorea und Epilepsie, sondern um eine wechselseitige Ergänzung beider Krankheitsformen. Dieses Verhalten offenbart sich deutlich darin, dass die choreatischen Zuckungen allmählich an Intensität anwachsen bis zum Eintritt des epileptischen Anfalles, nach diesem für einige Zeit fast ganz aufhören, um dann langsam wieder bis zum nächsten Anfalle anzuwachsen. Bleibt der epileptische Anfall längere Zeit aus, so erreichen die Zuckungen eine ganz aussergewöhnliche Stärke. Der epileptische Anfall erscheint wie eine einfache Steigerung der Zuckungen zu wirklichen Krämpfen, welche mit Bewusstseinsverlust verknüpft sind. Stärker ausgebildete epileptische Anfälle vermindern in auffälliger Weise und auf längere Zeit die Zuckungen.

Gordon: «Zur Casuistik der Erkrankungen der unteren Segmente des Rückenmarks (Syringomyelia)». (Nr, 10).

55-jähriger, sonst gesunder Mann. Keine erbliche Belastung, kein Potus, keine Lues. Vor 25 Jahren erhielt Pat. beim Holzfällen von einem herabfallenden Aste einen sehr starken Schlag zwischen die Scapulae, wonach im Verlaufe einiger Jahre in beiden Armen und in der Interscapulargegend Schmerzen und Paraesthesien auftraten, besonders bei Ermüdung. Beginn der Krankheit vor 11 Jahren mit hauptsächlich nächtlichen Zuckungen, Contracturen, Parästhesien in den Beinen, schiessenden Schmerzen in ihnen, Impotenz. Seit 8 Jahren Analgesie der Glutäalgegend mit Anhydrosis. Seit einem Jahre Geschwür in der linken Glutäalfalte. Ein gleichartiges Geschwür in der symmetrischen Stelle rechts bildete sich vor 2 Monaten. Status präsens: Paralyse aller Mm. glutaei, besonders starke der Magni. Intermittirende Incontinentia urinae et alvi. Analgesie, totale Thermoanästhesie und Fehlen der elektrocutanen Erregbarkeit der mittleren und unteren Glutäalgegend, der Hinterfläche beider Oberschenkel, der Kniebeugen, symmetrisch auf beide Seiten vertheilt, ferner des Dammes, des Scrotum und Penis. Die analgetischen Partien sind von den normalen durch einen schmalen Saum getrennt, wo die Sensibilitätsstörung nicht complet ist. Anästhesie der Rectal- und Urethralschleimhaut. Tactile Empfindlichkeit im analgetischen Gebiet bedeutend herabgesetzt. Druckgefühl fehlt an den Hinterbacken, ist im übrigen Gebiet der Analgesie abgestumpft. Muskelgefühl erhalten. Herabgesetzte galvanische Erregbarkeit der Glutäal- und Oberschenkelmuskeln. Geschlechtsfunctionen völlig erloschen. Parästhesien im Damm und in den Beinen. Sehnen- und Hautreflexe erhalten, die Kniereflexe etwas erhöht. In der linken Glutäalfalte ein tiefes trichterförmiges, torpides, anästhetisches Geschwür, dessen Grund aus Muskelgewebe besteht. An der symmetrischen Stelle rechts eine frische Narbe von einem gleichartigen Geschwüre. Am Perineum 3 Mündungen von Fistelgängen, welche weder mit den Geschwüren, noch mit den Harnwegen communiciren. Die Hoden welk und atrophisch. — Verf. rechnet seinen Fall zum Dorsolumbaltypus der Syringomyelie (Schlesinger) und nimmt eine durch das Trauma hervorgerufene centrale Gliomatosis.

Bechterew: «Ueber die unvollständige Kreuzung der Sehnerven im Chiasma der höheren Säugethiere». (Nr. 10).

Angesichts der massenhaften anatomischen, klinischen und experimentellen Thatsachen, welche die unvollständige Kreuzung der Sehnervenfasern bei den höheren Säugethieren beweisen, glaubt Verf. den Zeitpunkt gekommen, diese Frage als eine völlig klargelegte von der Tagesordnung abzusetzen.

Fedorow: «Eine Geschwulst in der Schädelhöhle, ausgehend von dem Schläfenbein». (Nr. 10).

40-jähriger Arbeiter. Seit 3 Jahren linksseitiger Ohrenfluss und Schläfenschmerz. Einige Tage vor der Aufnahme allmählicher Eintritt einer Facialislähmung. Ptosis links, Vertaubungsgefühl der linken Mundhälfte, Hypästhesie und Hypalgesie der Mundschleimhaut links und der äusseren Haut um das linke Auge herum. Links schlechtes Sehvermögen, linker Abducens gelähmt. Gehör links total aufgehoben. Linkes Trommelfell von einer aus dem Tympanum in den äusseren Gehörgang durchgebrochenen Neubildung zerstört. Percussion der linken Schädelhälfte besonders über dem Ohre empfindlich. Gang schwankend, Körper nach links geneigt. Stehen bei Augenschluss unmöglich. Sehnen- und Hautreflexe normal. Subjectiv: Schwindelgefühl und Schmerz in der linken Schläfe. Exitus nach 26 Tagen unter den Erscheinungen des Lungenödems. Sectionsbefund: Tumor, ausgehend von der Pars petrosa ossis temporolis sinistri, welches sich auf dem Sägeschnitt als völlig infiltrirt von der Neubildung erwies, die in das Mittelohr hineinragt; Consistenz hirnmarkartig, Farbe blassrosa. Die Volumszunahme des Felsenbeins hatte seinen Druck auf die Nn. oculomotorius, abducens, trigeminus, facialis und acusticus der linken Seite bedingt. Tumoren fanden sich ferner in der Leber in bedeutender Menge, an Grösse ein Taubenei erreichend, welche sich kurz vor dem Tode auch klinisch bemerkbar gemacht hatten, ebensolche in den Nieren und den Mesenterialdrüsen. Mikroscopisch erwies sich die Schädelgeschwulst als Rundzellensarcom, die Eingeweidegeschwülste als Epithelialkrebs.



Giese: «Ueber das sogenannte «ovale Feld (Prof. Flechsig's) in der Lumbalanschwellung des Rückenmarks». Nr. 10.

Die Schlussfolgerungen des Verf. lauten:

1. Die Existenz des ovalen Feldes im Gebiete des 3., 4. und 5. Lumbalnerven wird sowohl durch die Entwickelungsmethode wie auch auf dem Wege von pathologisch-anatomischen Untersuchungen bewiesen.
2. Die Fasern des ovalen Feldes umhüllen sich mit Myelin später, als alle übrigen Fasernsysteme, die in den Hintersträngen der Lumbalschwellung des Rückenmarks gelegen sind.
3. In den Bestand des ovalen Feldes gehören nicht nur dünne Fasern, wie Flechsig behauptete, sondern auch dicke.
4. Von den benachbarten Abschnitten der Hinterstränge wird das ovale Feld stets durch eine bindegewebige Scheide auf grössere oder geringere Ausdehnung getrennt.
5. Indem das ovale Feld theils aus der Fortsetzung der Hinterwurzelfasern, theils aus Fasern, welche aller Wahrscheinlichkeit nach aus den Zellen der grauen Substanz des Rückenmarks hervorgehen, besteht, bildet es einen Theil eines besonders langen Fasernsystems, welches in den Hintersträngen des Rückenmarks bis zum filum terminale hinabzieht; dieses Fasersystem kann dank seiner Lage auf verschiedenen Höhen des Rückenmarks genannt werden das «medio-peripherische System der Hinterstränge» des Rückenmarks.
6) Das sogenannte dorsomediale Sacralbündel Obersteiner's ist nichts Anderes, als die unmittelbare Fortsetzung des ovalen Feldes nach unten hin.

Shukowski: «Ueber den Einfluss der Lithionsalze auf die Erregbarkeit der Hirnrinde und der peripheren Nerven». Nr. 10.

Haig und Kraïnski glauben die Epilepsie auf eine Stoffwechselstörung zurückführen zu müssen. Ersterer behauptet, dass die Anhäufung der Harnsäure, letzterer, dass die des carbaminsauren Ammon die Krämpfe hervorrufe. Krainski wandte daher das kohlensaure Lithion bei Epileptikern an und constatirte, dass dieses Mittel in mittelgrossen Dosen (1,0 × 3 pro die) auf die Anfälle günstig einwirkte, gössere Dosen dagegen Intoxicationserscheinungen herbeiführten, die Anfälle verstärkten und häuften. Dabei wurde die Ausscheidung der Harnsäure durch das Lithion nicht erhöht. Um die Wirkungsweise der Lithionsalze aufzuklären, experimentirte Verf. an Kaninchen und fand, dass die Lithionsalze in kleinen, wie in grossen Dosen die Erregbarkeit der Hirnrinde zweifellos erhöhen. Ihr günstiger Effect auf epileptische Anfälle hängt nicht ab von einer Einwirkung auf die Hirnrinde, sondern wahrscheinlich von einer solchen auf den Stoffwechsel. Die Verordnung des kohlensauren Lithions bei Epilepsie muss daher als irrationell bezeichnet werden, zumal die Versuche für die schlimme Wirkung der grossen Lithiondosen auf die Anfälle eine directe Erklärung gegeben haben.

Bechterew: «Die Eröffnung der neuen Klinik für Nervenkrankheiten in St. Petersburg». Nr. 11.

Wiedergabe der vom Verf. aus obigem Anlass am 19. Nov. 1897 gehaltenen Rede. — Historische Daten über die Entwickelung der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten. Detaillierte Beschreibung des neuen Gebäudes. Als specielle Eigenthümlichkeiten sind hervorzuheben: 1) ein besonderes Operationszimmer, da Verfasser erwartet und verlangt, dass in Zukunft der Neuropatholog abgesehen von gelegentlichen bei jedem Kranken nothwendig werdenden Operationen alle chirurgischen Eingriffe am Nervensystem selbst besorgen soll. 2) Räume für die Untersuchung und Behandlung mit farbigem Licht. 3) Ein photographischer Pavillon. 4) Ein Museum, das in eine neurologische und eine psychiatrische Abtheilung zerfällt. Den Schluss des Vortrages bilden Ausführungen über die Entwickelung der Irrenpflege in Russland und diejenige des psychiatrischen und neurologischen Unterrichts, wobei die führende Rolle der Peterburger Klinik während der seit ihrer Gründung verflossenen dreissig Jahre stets hervorgehoben wird.

Skljarow: «Rindenkrämpfe mit dem Charakter der Epilepsia continua». Nr. 11.

Bei einem 18-jährigen Arbeiter hat sich seit einem Jahre allmählich folgendes Krankheitsbild entwickelt: klonischer Spasmus in einigen Muskeln des Gesichts, der Mundhöhle, des Halses und des linken Armes. Die Zuckungen bestehen auch im Schlafe fort, haben eine Frequenz von ca. 90 in der Minute. Sie sind in einigen Muskeln rein klonisch, in anderen klonisch-tonisch, nehmen in noch anderen den Character eines rhythmischen Zitterns an, um in den Pronatoren des linken Armes in eine ständige Contractur überzugehen. Zu diesem ständigen Symptom gesellten sich seit der 3. Krankheitswoche epileptiforme Anfälle, welche je länger, um so häufiger auftraten, zuletzt mehrmals täglich. Motorische Aura im linken Arme, aufsteigender Bewusstseinsverlust, linksseitige Krämpfe des Gesichts und beider Extremitäten mit corticalem Verbreitungstypus, Zungenbisse, bisweilen unwillkürliche Harnentleerung. Die Anfälle liessen sich mitunter durch starke Einschnürung des linken Handgelenks coupiren. Alle Krankheitserscheinungen führt Verf. auf einen Herd in der unteren Hälfte der rechten Centralwindungen zurück und möchte sie unter dem von Koshewnikow so bezeichneten Bilde der Epilepsia continua zusammenfassen. Unter Brom- und Jodgebrauch trat einige Besserung ein, namentlich nahmen die Anfälle an Häufigkeit ab. Aetiologie unklar; in frühster Kindheit hat Patient einen Hufschlag gegen das Kinn erlitten.

Dobrotworsski: «Blutgeschwülste bei der progressiven Paralyse der Irren auf Grund von pathologischen Thatsachen. Nr. 11.

Es wurden 3 Othaematome, 2 frische und ein älteres, untersucht. 2 Fälle subcutaner Haematome an den Extremitäten hat Verf. schon früher beschrieben (Neurologischer Bote, Band III, 3. Lieferung; diese Zeitschrift, 1896, Nr. 3). Als Quelle des Inhalts der Haematome dienen die Gefässe des subcutanen Zellgewebes, welche sich jedoch mikroscopisch als völlig oder fast normal erwiesen. In den Nervenendigungen der Haut liess sich auch nichts Abnormes auffinden. Der Inhalt besteht nicht aus reinem Blute, welches ihm nur beigemischt ist, sondern aus einem entzündlichen Producte. Die Hauttemperatur über den Haematomen ist bis zu 1,3° gegen die gesunden Hautstellen erhöht. Verf. resümirt folgendermassen: In einigen Fällen der progressiven Paralyse tritt eine Ernährungsstörung der Haut und des subcutanen Zellgewebes ein, wobei in letzterem ohne nachweisbare mechanische Ursachen an diesem oder jenem Körpertheile eine bedeutende Transsudation der flüssigen Theile des Blutes mit einer grossen Beimengung rother Blutkörperchen aus den Gefässen stattfindet. Die Transsudation der flüssigen Bestandtheile erfolgt schnell und kann enorme Dimensionen erreichen, indem sie das lockere und nachgiebige Zellgewebe zerreisst. Wenn, wie an den Ohrmuscheln, das subcutane Zellgewebe einen grösseren Widerstand leistet, als der Knorpel, so wird letzterer zerspalten, und zwar in seiner inneren Partie, wo gewöhnlich im Alter über 30 Jahre in Folge schlechter Ernährung des Knorpels Veränderungen beobachtet werden, welche auf sein Absterben hindeuten.

Gerwer: «Ueber die Verwendung der Schilddrüsenpräparate bei Geisteskrankheiten. Nr. 11.

Verf. verwandte das Thyreoidinum Poehli in allmählich steigenden Dosen von 0,12 pro die 2—3 × bis 0,6 pro die 3—4 ×. Das Mittel wurde in einigen Fällen bis zu 3 Monate lang gereicht. Es wurden behandelt: 3 Fälle von Melancholie (1 gebessert), 3 von Amentia ohne Erfolg, ebenfalls erfolglos je ein Fall von psychosis circularis und dementia e laesione cerebri organica; ein Fall von Paranoia hallucinatoria acuta zeigte vielleicht einige Besserung; ein Fall von Epilepsie mit choreatischen Zuckungen in den Extremitäten wurde verschlechtert. Somit trat von den 10 Krankheitsfällen nur in 2 einige Besserung ein, und auch hier bleibt es zweifelhaft, ob sie dem Thyreoidin zugeschrieben werden muss. Das Resumé lautet daher: 1) Das Thyreoidin bringt bei der Behandlung von Psychosen keinen sichtbaren Nutzen. 2) Dieses Präparat ist durchaus nicht indifferent in Anbetracht seines starken Einflusses auf den Puls (Frequenzzunahme bis um 25 Schläge) das Körpergewicht (Abnahme bis zu 3 Kilo) und den Stoffwechsel der Patienten.

Kozowski: «Beiträge zur Lehre von den Veränderungen des Nervensystems bei Erschütterungen. Nr. 12.

Nach seinen Versuchen an Kaninchen glaubt Verf. folgendes Resumé geben zu dürfen:

1. In der einen Reihe von Versuchen, wo die Schläge so häufig und stark auf die Stirnbeine ertheilt wurden, dass das Thier nach einer halben Stunde starb, localisirten sich alle Veränderungen im verlängerten Marke und im oberen Theile des Rückenmarkes. Diese Veränderungen äusserten sich in degenerativen Erscheinungen der Myelinscheide und in kleinen capillaeren Blutergüssen. Eine Abhängigkeit der ersteren von den letzteren konnte nicht constatirt werden.

2. In der anderen Versuchsreihe, wo leisere und seltenere Schläge ebenfalls auf die Stirnbeine beigebracht wurden, wurden völlig analoge Resultate erzielt, nur mit dem Unterschiede, dass keine Blutergüsse zu beobachten und die Degeneration bei weitem intensiver ausgeprägt war, als in der ersten Versuchsreihe. Die intensivere Degeneration ist wohl nichts anders, als der Ausdruck für das Gesammtresultat der täglich wiederhohlten Schläge. Nach jedem Versuche traten Degenerationen ein, doch waren sie viel schwächer, als in

der ersten Versuchsreihe, u. erst nach 5–6-maliger Wiederholung des Versuches wurde das Bild der intensiven Zerstörung erhalten. Dies zwingt zum Schlusse, dass auch schon bei den Thieren, welche den mechanischen Insult überleben, scharf ausgesprochene degenerative Veränderungen des Nervensystems beobachtet werden. Letztere ist Verf. geneigt als degenerative Neuritis aufzufassen.

Bechterew: «Ueber eine eigenartige psychopathische Erschwerung der Harnentleerung». (Nr. 12).

Die betreffenden Kranken leiden, ohne dass eine Parese oder Lähmung der Harnblase vorläge, an einer ungewöhnlichen Erschwerung oder gar Unmöglichkeit der Miction in dem Falle, wenn sie den Act in Gegenwart fremder Personen vornehmen müssen. Die sorgfältigste Untersuchung lässt eine organische Erkrankung der Urethra, Blase oder des Centralnervensystems nicht entdecken. Verf. sah solche Fälle nicht allzu selten, besonders im Kindes- und Pubertätsalter, bei Leuten mit neuropathischer Praedisposition; oft war Onanie vorausgegangen. Die Pathogenese denkt sich B. folgendermaassen: Eine Uebererregbarkeit des Sphincter urethrae führt zu einer Störung in der combinirten Thätigkeit des m. detrusor und des m. Sphincter. Der Detrusor befindet sich übrigens selbst in einem Zustande erhöhter Reizbarkeit, welche sich in dem häufigen Harndrange kundgiebt. Die Rindencentra für beide Muskeln hat B. an Hunden nachgewiesen. Diese Centra wie das ganze psychomotorische Gebiet besitzen bei solchen Kranken erhöhte Erregbarkeit, infolgedessen der Spincter sich nicht öffnet, wenn der Detrusor sich contrahiert. Nur die Ablenkung der Aufmerksamkeit hilft eine Erschlaffung des Spincter und die Eröffnung der Urethra herbeiführen. Die Prognose des Leidens ist nicht so ungünstig, wie französische Autoren sie hinstellen. B. hat völlige Heilung in leichteren Fällen erlebt. Die Behandlung war eine calmirende, Bäder und Bromide.

Borischpolski: «Uebersicht der Arbeiten über die Vibrationstherapie». (Nr. 12).

Diese Litteraturskizze ergiebt die Uebereinstimmung aller Autoren darin, dass die Vibration den Schlaf günstig beeinflusst. Eine Erklärung für die Wirkungsweise giebt Niemand, weshalb Verf. darauf gerichtete Versuche an Thieren verlangt, wobei speciell zu achten wäre auf den Einfluss der Vibrationen auf die Erregbarkeit der Hirnrinde, der Nervenstämme, auf die Blutcirculation in der Schädelhöhle und im Hirne.

Ossipow: «Corticaler Ursprung epileptischer Anfälle, hervorgerufen durch Vergiftung von Hunden mit Absinth (essence d'absinthe cultivée)». (Nr. 12).

Das Gift wurde den Thieren intravenös eingeführt. Die Zerstörung der motorischen Hirnrinde wurde in vielfacher Weise variirt. Die Schlussfolgerungen lauten: 1) Es steht ausser Zweifel, dass die klonischen Krämpfe des epileptischen Anfalles bei der Absinthepilepsie von der motorischen Region der Hirnrinde abhängen. 2) Die tonischen Krämpfe hierbei hängen ab nicht von Rindencentren, sondern von anderen tiefer gelegenen Hirncentren; sollte die Rinde an ihrer Entstehung wirklich einen Antheil haben, so jedenfalls einen äusserst unwesentlichen. — Bei der Absinthepilepsie wie bei anderen Formen der experimentellen Epilepsie giebt es keinen epileptischen Anfall ohne motorische Region der Hirnrinde.

Würubow: «Das Resorcin als Ersatz für die Osmiumsäure bei der Bearbeitung des Hirnes nach Golgi's Methode». (Nr. 12).

Das vorgeschlagene Verfahren verbilligt bedeutend die Methode: In Gegenwart des Resorcin reducirt sich Argentum nitricum in alkalischer Lösung und fällt als schwarzer Niederschlag aus. Die Hirntheile werden in 10%-iger Resorcinlösung 3—4 Wochen lang gehärtet, in 3%-iger Kalichromatlösung 1—4 Tage nachgehärtet, in ³/₄%-iger Silbernitratlösung 2—3 Tage gesilbert. Die Weiterbehandlung ist die gewöhnliche. Auf derart hergestellten Präparaten erscheint zum Unterschied von solchen nach der ursprünglichen Golgimethode der Fond mehr hellgelb, in einigen Zellen wird nur der Kern imprägniert, endlich ist der Niederschlag des chromsauren Silbers an der Peripherie des Präparates bedeutend geringer. — Auch zur Silberung der Axencylinder in Hirntheilen, welche schon in kalium bichromicum gehärtet waren, hat Verf. das Resorcin mit Erfolg angewandt.

Shukowski: «Ueber die Function der Stirnlappen». (Nr. 12).

Studium der functionellen Erscheinungen an 9 Hunden, denen das Stirnhirn partiell oder total, zerstört worden war. Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse: A) Bei einseitiger Zerstörung: 1) Die Zerstörung eines Stirnlappens ist stets begleitet bei den Thieren von einem paretischen Zustand der Extremitäten der entgegengesetzten Körperseite, welcher um so ausgeprägter ist, ein je grösserer Theil des Stirnlappens der Zerstörung unterlag. Diese anfangs deutlich ausgesprochene Parese nimmt allmählich ab und hinterlässt, wenn das Thier sich völlig erholt hat (was ungefähr nach Verlauf eines Monats geschieht), nur Spuren, welche man nachweisen kann, wenn das Thier zweckmässige Bewegungen vollführt. 2) In der Mehrzahl der Fälle ist eine Störung der Sensibilität der entgegengesetzten Körperseite zu beobachten, nämlich eine Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühles auf der ganzen entgegengesetzten Seite, jedoch besonders scharf ausgeprägt in der Hals- und vorderen Rumpfgegend. Anfangs ist diese Herabsetzung der Sensibilität viel schärfer ausgesprochen, später kehrt die Empfindlichkeit allmählich zurück, ohne die Norm jedoch zu erreichen, verbleibt vielmehr herabgesetzt in ziemlich bedeutendem Grade. 3) In allen Fällen wurde das Fehlen von Lähmung der Rumpfmuskeln constatirt, ebenso das Fehlen von Gehörs- und Gesichtsstörungen, sowie von irgendwelchen psychischen Alterationen.

B) Bei doppelseitiger Zerstörung: 1) wurde ein paretischer Zustand aller 4 Extremitäten erhalten, welcher einen ebenso transitorischen Charakter hatte, wie bei einseitiger Zerstörung. 2) Die Sensibilitätsherabsetzung am ganzen Körper erschien tiefer und anhaltender, als bei der einseitigen Zerstörung. Die stärkste Abstumpfung ist in der Hals- und vorderen Rumpfgegend zu beobachten. Die Alterationen der Sensibilität bleiben nicht in allen Fällen stationär, sondern ändern sich, jedoch bleibt in der Mehrzahl der Fälle die Sensibilität herabgesetzt, ohne zur Norm zurückzukehren. 3) Bedeutende Schwächung des Intellects, die sich in Mattheit, Apathie, Gleichgültigkeit, Unüberlegtheit, Orientierungsunvermögen äussert. Auch wird ein Mangel der Fähigkeit, seine Empfindungen auszudrücken, bemerkt. In einigen Fällen äussern die Thiere starke Reizbarkeit, Unruhe, Neigung zum zwecklosen Laufen im Kreise. 4) In allen Fällen ist starke Abmagerung der Thiere zu beobachten. 5) Eine Lähmung der Rumpfmuskeln und Störungen von Seiten der Sinnesorgane sind nicht zu finden.

Somit ergeben sich als constanteste Erscheinungen bei Thieren, welche man der Stirnlappen beraubt, Störung des Intellects und Schwächung der Schmerz wie Tastempfindlichkeit. Dies berechtigt dazu, die Stirnlappen zwar nicht als alleinige, wohl aber als hauptsächlichste Centra der sensiblen und intellectuellen Function anzusehen.

Michelson.

Westnik Oftalmologii. Januar 1898.

N. Snegirew: «Der therapeutische Werth der Vibrationsmassage bei verschiedenen Augenkrankheiten».

Die Massage wird ausgeführt mit der sogen. Eddisson'schen Feder an deren Ende ein kleiner Elfenbeinknopf angebracht ist. Es werden bis zu 9000 Vibrationen in der Minute geleistet. Das Krankenmaterial entstammt der Klinik Prof. Krückow's in Moskau. 91 Pat. mit 127 erkrankten Augen wurden behandelt. Wo irgend zulässig wurde ausser der Massage gleichzeitig nichts angewandt, um reine Beobachtung zu haben. Jede Sitzung minimum 1 Minute, Maximum 10 Minuten. Cocainisirung. Lider mit den Fingern der Hand fixirt. Pat. sitzt im Lehnstuhl, der Arzt steht hinter dem Pat. Die die Feder führende Hand des Arztes stützt sich auf der Stirn des Kranken. Das vibrirende Elfenbeinköpfchen wird in zarter Weise über die zu massirenden Theile des Augapfels, wie der Lider hin und her geführt. Behandelt wurden: Conjunctivitis follicularis, Conjunctivitis phlyctänulosa, Hornhauttrübung, für welche Gruppe besonders günstige Erfolge gerühmt werden. Keratitis parenchymatose gab auch gute Resultate; Iritis serosa. Hypopion Keratitis. Iridocyclitis post febrem recurrentem Cataracta traumatica. In letzteren vier Erkrankungsgruppen wurde die Resorptionsthätigkeit durch die Massage sichtlich gefördert. Scleritis und Episcleritis gab auffallend gute Resultate. Subconjunktivale Apoplexien Lidrandentzündungen. Bei Glaucom war meist schnell eine Herabsetzung des Druckes zu constatiren, jedoch trat die Drucksteigerung nach einem Tage wiederum auf.

Die Erfolge sind so erstaunlich gute, dass man wohl nachprüfen muss!

G—n.

Довв. ценз. Спб. 9 Мая 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.





Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 5. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Chirurgija. Band I Heft 1. (1897).

D. S. Pomeranzew: «Charakteristik des Bromäthyl's mit Rücksicht auf die Gefahr seiner Anwendung als Anästheticum».

Die Anregung zu dieser Arbeit gab ein Todesfall im Basmann'schen Krankenhause in Moskau. Es handelte sich um einen 22-jährigen Mann mit tuberculöser Caries des Kreuzbeins und ausgedehnten Veränderungen am Herzen, den Nieren und der Milz, der nach Verabreichung von 6 ccm. Bromäthyl und 6 ccm. Chloroform unter den Erscheinungen der Herzsyncope starb. — Es folgt eine kritische Besprechung der Literatur. Interessant sind die vom Verf. angestellten Nachprüfungen der üblichen Methoden zur Bestimmung der Reinheit des Präparates. Seine Schlussfolgerungen lauten: 1) Die im Auslande jetzt üblichen Darstellungsarten des Bromäthyl bieten eine gewisse Garantie für die Reinheit und Dauerhaftigkeit des Präparates. 2) Das Bromäthyl ist für die Landpraxis durchaus geeignet, da es in dunkeln verkorkten Gläsern lange — ½ Jahr, und wahrscheinlich viel länger stehen kann, ohne sich zu zersetzen. 3) Die Zersetzung des Bromäthyls giebt sich kund durch Gelbwerden und Entwickelung von Bromwasserstoffsäure. 4) Die Probe mit 1% Lapislösung ist durchaus zuverlässig und einfach, um die Zersetzung des Bromäthyls nachzuweisen. 5) Die Probe mit Schwefelsäure ist wenig beweisend, da ihre Resultate von organischen Beimengungen und der Verkorkung beeinflusst werden; nur bei negativem Ausfall giebt sie brauchbare Hinweise. 6) Bromäthyl, das mit Schwefelsäure einen dünnen gelben Ring bildet, ist nicht als unrein zu betrachten. 7) Die Probe mit Schwefelsäure gestattet die Unterscheidung von Bromäthyl und Bromäthylen.

W. A. Sswenzizky: «Ueber die gegenwärtige Technik der Resection des Schädelgewölbes».

Kurze Besprechung des modernen Instrumentariums und Mittheilung eines Falles von Schädelsarcom, bei dessen Operation (Prof. Bobrow) die Dahlgreen'sche Knochenzange gute Dienste leistete.

E. K. Ikawitz: «Ein Fall von Verletzung der Leber durch die Brustwand hindurch».

Einem 20-jährigen Fabrikarbeiter wird ein grosses Küchenmesser zwischen 9. und 10. Rippe rechts, in der Scapularlinie bis an das Heft in die Brust gestossen. Subcutanes Emphysem und Pneumothorax bewiesen die Eröffnung der Pleurahöhle, Icterus und Gallenausscheidung aus der Wunde die Leberverletzung. Pat. genas. Die Behandlung bestand in Drainage und Naht der Wunde.

L. N. Warnek: «Zur Frage von den Resultaten der Behandlung der Bauchfelltuberculose mittels Laparotomie».

2 Fälle von Dauerheilung tuberculöser Peritonitis, die von den Geschlechtsorganen ausgegangen war. Die eine Kranke der die Uterusadnexe entfernt wurden, ist seit 7 Jahren vollständig gesund; bei der anderen ist die Peritonitis auch geheilt, in den seit der Operation verstrichenen 4½ Jahren haben sich aber gutartig verlaufende andere tuberculöse Processe (an den Beckenknochen, in den Weichtheilen des Oberschenkels) abgespielt. W. empfiehlt den Bauchschnitt in allen Fällen von tuberculöser Peritonitis, die einigermassen Erfolg versprechen.

W. Bobrow: «Zur Frage der Extrauterinschwangerschaft».

Beschreibung eines Falles von Tubenschwangerschaft. Wegen Ruptur des Fruchtsackes und heftiger intraabdominaler Blutung im 5. Monat wurde mit gutem Erfolg die Laparotomie gemacht.

Band I Heft 2.

Prof. P. I. Djakonow: «Einige Worte über die Verwendung der Photographie nach Röntgen zur Anfertigung anatomischer Zeichnungen».

D. referirt zunächst über die anderweitig gemachten Röntgenaufnahmen namentlich von Gefässen, die mit verschiedenen Metallen und Metallgemischen injicirt waren und berichtet dann über eigene Versuche. Er hat sich theils des Quecksilbers, theils eines Gemisches von folgender Zusammensetzung zur Injection der Nierengefässe und des Nierenbeckens bedient: Gyps, Zinnober und Mennige je 20 Theile, Mehl 10 Theile, Wasser soviel, wie nöthig, damit das Gemenge in die feinen Gefässverzweigungen eindringen könne. Es wäre wünschenswerth, ein Gemisch zu finden, das bezüglich seiner Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen zwischen dem Quecksilber und der Knochensubstanz steht; dann würde es gelingen an ein und demselben Präparat das Arterien- und Venennetz und die Knochen gesondert zur Anschauung zu bringen.

A. S. Parzewski: «Ein Fall von Aneurysma der Bauchaorta in Folge von Trauma im Kindesalter».

Das Aneurysma entwickelte sich in der Oberbauchgegend bei einem 14½ Jahre alten Mädchen unmittelbar im Anschluss an einen Fall, wobei Pat. einen heftigen Stoss mit dem Ende eines Stabes in das Epigastrium bekam.

J. G. Witte: «Materialien zur Lehre von der Steinkrankheit».

Bericht über 52 Fälle von Blasensteinen. 4 mal genügte die Erweiterung der Harnröhre, um die kleinen Concremente nach aussen zu befördern, 9 mal wurde die Urethrotomia externa, 1 mal die Sectio lateralis, 6 mal die Sectio mediana, 32 mal die Sectio alta gemacht. Von diesen letzteren Fällen wurden 5 offen oder mit Drainage behandelt, 11 mal wurde die Blase und Wunde genäht und ein Verweilkatheter eingelegt, 16 mal wurde genäht und kein Katheter eingeführt. 4 Todesfälle — zwei an doppelseitiger Pyelonephritis, einer an Scharlach (die Wunde per primam geheilt), einer an Pyelitis und Verletzung des Ureter durch einen eingeklemmten Stein. Von den genähten Fällen bei Sectio alta (Naht in 3 Etagen: Blase, Muskel, Haut) heilten 16 per primam.

A. N. Ssolowjew: «Zur Lehre von der Entfernung von Geschwülsten der Uterusadnexe durch die Scheide».

Auf Grund der Arbeiten von J. M. Lwow, P. J. Teplow und Mackenrodt, sowie eines eigenen Falles (kleine Parovarialcyste) empfiehlt S. dringend, die kranken Uterusadnexe und im Douglas'schen Raum liegende Tumoren, auch bei bestehenden Verwachsungen, per vaginam, durch einen Schnitt im hinteren Scheidengewölbe, zu entfernen. Die Laparotomie sollte nur ausgeführt werden, wenn die Entfernung per vaginam unmöglich ist.

S. P. Fedorow: «Eine extracapsuläre Methode der vollständigen Exstirpation des Uterus durch Laparotomia (Hysterectomia totalis abdominalis extracapsularis).

Auf Grund eines mit gutem Erfolg operirten Falles empfiehlt F. folgende Operationsmethode zur totalen Exstirpation des Uterus mit seinen Anhängen. Laparotomie, Vorziehen des Uterus (resp. Myoms), quere Eröffnung des hinteren, dann, nach Abpräpariren der Blase, des vorderen Scheidengewölbes; dann werden zuerst auf einer, dann auf der anderen Seite die ligg. lata mit je 2 durch die Vagina in die eröffneten Scheidengewölbe eingeführten Klemmpincetten gefasst und durchschnitten. Keine Ligaturen, keine Nähte. Das kleine Becken wird per vaginam tamponirt, die Pincetten werden nach 48 Stunden abgenommen. Die Bauchwunde wird zugenäht. Die Operation ist einfach, unblutig und schnell ausführbar. Wenn das Myom hinten im Douglas'schen Raum festsitzt, kann man es zuerst aus seinem Bett auslösen und dann die Uterusexstirpation daranschliessen.

Band I Heft 3.

J. Rudnew: «Ueber Actinomykose».

Bericht über 7 Fälle aus der Praxis Prof. Bobrow's. 3 betreffen den Hals und Kopf (einer zweifelhaft und ungenügend beobachtet, einer sehr hartnäckig progredient, aber schliesslich geheilt, der 3. Fall ein typischer von relativ gutartigem Verlauf, auch geheilt). 2 Fälle von Lungenactinomykose, ebenso 2 Fälle von Bauchactinomykose starben. Alle kamen

in sehr vorgerücktem Stadium zur Behandlung. Bei allen Kranken konnte die Gewohnheit, Halme und Getreideähren zu kauen, nachgewiesen werden, meist fanden sich auch cariöse Zähne. Bei einem Fall von Bauchactinomykose schien ein Duodenalgeschwür als Eingangspforte der Infection gedient zu haben. — Therapeutisch erwies Jodkalium keinen sichtbaren Nutzen, auch chirurgische Eingriffe waren im 3. Fall von Kopf- und Halsaktinomykose unzureichend. Hier wurde schliesslich durch Sublimatinjectionen Heilung erzielt.

W. Schamschin: «Ein Fall von Perforation der Art. carotis communis in Folge von Eiterung in den submaxillaren Lymphdrüsen bei einem scharlachkranken Mädchen».

Der Titel sagt Alles, was in der Arbeit enthalten ist.

N. K. Lyssenkow: «Eine neue Methode der Schulterexarticulation».

Eine gute Methode der Schultergelenk-Exarticulation muss folgende Bedingungen erfüllen: 1. Der Blutung muss durch Unterbindung des Hauptarterie oberhalb ihrer Verzweigung vorgebeugt werden. 2. Die Unterbindung muss als erster Operationsact vorgenommen werden, und zwar von demselben Schnitt aus, mit dem die Exarticulation begonnen wird. 3. Die Aufsuchung und Unterbindung des Gefässes muss schnell und leicht gemacht werden können, wozu ein breiter Zugang zum Gefäss erforderlich ist. — Die bisher üblichen Methoden genügen diesen Anforderungen nicht. Die von L. an der Leiche ausgebildete, sehr rationelle Methode besteht in Folgendem. Der Körper liegt nahe am Rande des Tisches, der Arm wird unter spitzem Winkel abducirt und nach aussen rotirt. Der Schnitt beginnt 1 Cm. nach innen vom Proc. coracoideus und wird, parallel der abducirten Extremität, nach unten aussen zur vorderen Achselfalte geführt. Nach Durchtrennung der Haut und querer Durchschneidung des M. pectoralis major (Unterbindung der Muskelgefässe) klafft die Wunde weit; in der Tiefe sieht man den unteren Rand des M. pectoralis minor und des M. coracobrachialis. Im Winkel zwischen diesen beiden Muskeln wird die Fascia axillaris durchtrennt, das vorliegende Nervenbündel nach innen gezogen und die nun freiliegende Arteria axillaris am Rand des M. pector. minor unterbunden; darnach folgt die Unterbindung der Vena axillaris ebenda. Zweiter Act. Etwas oberhalb des unteren Endes des ersten Schnittes beginnend, wird ein schräg über den Deltoideus nach hinten ziehender Schnitt durch die Haut geführt; dann erfolgt der Hautschnitt auf der inneren Seite des Armes, der am untern Ende des Unterbindungsschnittes beginnend, in das Ende des hinteren Schrägschnittes mündete (Raquetteschnitt). Jetzt wird der Deltoideus durchtrennt, und so ein äusserer Lappen gebildet. Dritter Act. Exarticulation des Schulterkopfes, Luxation desselben. Zwischen ihn und den M. coracobrachialis wird ein Amputationsmesser eingeführt und die Weichtheile innen und hinten im Bereich des Hautschnittes durchtrennt. Die peripheren Gefässstümpfe und die Arteriae circumflexae werden, um Nachblutungen bei Ausbildung des collateralen Kreislaufes vorzubeugen, unterbunden. — Der zweite und dritte Operationsact können je nach den Besonderheiten des Falles modificirt werden. — Von Anomalien der Gefässe wäre hoher Abgang der Art. radialis zu berücksichtigen: sie liegt dann auf dem Nervenbündel und ist leicht zu fassen. Ferner hat L. einmal folgende Anomalie getroffen: die Art. axillaris verlief, zusammen mit der Vena am unteren Rande des Nervenbündels und gab am Rand des M. pector. minor einen 7 cm. langen Ast ab, der sich in der Nähe des collum chirurg. humeri in die Art. circumflexa anter. und posterior theilte. — (Die Vortheile der neuen Methode sind durchaus einleuchtend; die schwierige Unterbindung der Art. subclavia oberhalb des Schlüsselbeins wird vermieden, die Blutung kann nur ganz unbedeutend sein und alle Theile sind vollkommen dem Auge und der Hand zugänglich. Ref.)

B. S. Koslowski: «Gleichzeitige Unterbindung der Arteria und Vena iliaca externa bei falschem (traumatischem) Aneurysma derselben».

Mittheilung eines Falles von Schussverletzung der Art. et V. femoralis im Scarpaschen Dreieck bei einem 27-jährigen Mann. 3 Tage nach der Verletzung wurde die Art. und V. iliaca ext. über dem Poupartschen Band, dann die Art. und V. femoralis unterhalb der Verletzung unterbunden. Günstiger Verlauf. Die Circulation im Bein stellte sich schon am 2. Tage wieder her (Puls in der Art. dorsalis pedis). K. schreibt das dem Umstand zu, dass in diesen 3 Tagen, wo die Circulation in den Schenkelgefässen aufgehoben war, die Collateralbahnen sich schon erweitert hatten.

P. T. Sklifossowski: «Vulnus sclopetarium femoris. Osteomyelitis. Trepanatio. Genesung».

Die Ueberschrift giebt das Wesentliche der Mittheilung wieder.

Wanach.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Bd. V Nr. 1 und 2.

W. Kernig: «Ueber die mit Tuberculin R. im Obuchow-Frauenhospital behandelten Lungenkranken».

Siehe St: Petersburger medic. Wochenschrift. Nr. 7. 1898.

A. Kotzowski: «Ueber pathologo-anatomische Veränderungen des Grosshirns im Initialstadium der progressiven Paralyse». (Nr. 1).

Verf. hatte Gelegenheit an 4 Fällen von nicht weit vorgeschrittener progressiver Paralyse genaue mikroskopische Studien anzustellen. In der Grosshirnrinde constatirte K: atrophisch-degenerative Veränderungen in den Associationsfasern, dabei im interstitiellen Gewebe Vermehrung der Kerne, insbesondere der hell-blauen bei Hämatoxylinfärbung oder der himbeerfarbenen nach Gaule, Die Kernwucherung beginnt hauptsächlich in den tiefen Theilen der grauen Substanz. In Folge der Vermehrung der Adventitiazellen werden die epicerebralen Räume ausgefüllt. Es lassen sich ferner constatiren: hyaline Degeneration der Gefässe, exsudative Veränderungen, wie kleinzellige Infiltration und Bildung einer sehr grossen Menge von spinnenförmigen Zellen. Auf Grund seiner eingehenden Studien schliesst Verf., dass die Veränderungen in der Grosshirnrinde bei der progressiven Paralyse als Substrat durchaus nicht atrophisch-degenerative Zustände haben, vielmehr spielen hier die Hauptrolle entzündliche Processe.

E. Wainstein: «Ueber den Streptococcus». (Nr. 1).

Nach dem äusseren Aussehen lassen sich die Streptococcen in 2 Gruppen theilen: kurze, bestehend aus 2—6—8 Coccen (Streptococcus brevis) und lange aus 8—18 und noch mehr Coccen bestehend (Streptococcus longus); letztere bilden, namentlich auf festen Nährböden häufig Conglomerate (Str. conglomeratus). Es besteht durchaus kein Parallelismus zwischen dem äusseren Aussehen der Streptococcen und deren Virulenz; letztere lässt sich schon eher bestimmen nach dem Aussehen der einzelnen Coccen und der Culturen. Im Allgemeinen fand Verf., dass die kleinen Coccen von regelmässig-sphärischer Gestalt zu den mehr virulenten gehören; die grösseren Coccen, von unregelmässiger Gestalt, häufig oval-verlängert, sind weniger virulent und stellen Involutionsformen dar. Ferner sind die mehr diaphanen Bouillon- und Serumculturen und die kleinen, ganz getrennt liegenden Agarculturen sehr virulent. Als bestes Serum fand Verf. das Marmorek'sche: $^1/_3$ Blutserum aus der menschlichen Placenta und $^2/_3$ gewöhnlicher Bouillon. Als belebendes Medium für alte Culturen empfiehlt W. folgendes Substrat: $^1/_4$ Vol. der alten bei 100° zerstörten Bouilloncultnren $^3/_4$ Vol. 50% Bouillon (2% Pepton, 2% Zucker, 0,5 NaCl und 2% der normalen Natronlaugelösung). Dieses Medium empfiehlt Verf. zu den sog. Passageculturen, um eine grössere Virulenz der Streptococcen zu erzielen. Verf. hat ferner die bekannten Experimente von Roger an Katzen wiederholt. Injicirt man denselben ein Gemisch von Cultur und Serum im Verhältniss von 1:1, 1:4. 1:10, so gehen sie innerhalb 36—72 Stunden zu Grunde; injicirt man jedoch Cultur und Serum in denselben Verhältnissen, aber appart, so bleiben die Katzen am Leben, es kann somit nicht die Rede sein von einer einfachen Wirkung des Antitoxins auf das Toxin; der lebende Organismus bildet hier das Bindeglied. Was die anatomischen Veränderungen bei Thieren, die durch Streptococceninfection zu Grunde gegangen sind, betrifft, so fand Verf., dass die schwersten Veränderungen sich in der Leber geltend machen (Fettdegeneration, Abscess), dann kommt die Milz (in acuten Fällen — starke Vergrösserung, in mehr chronischen — Schrumpfung, putrider Zerfall mit Abscessbildung), das Herz (Vergrösserung, trübe seröse Flüssigkeit im Pericard, fettige Degeneration der Muskulatur), die Nieren, das Bauchfell (Hyperämie, trübes Aussehen, seröses und blutigseröses Exsudat) der Dünndarm (starke Injection der Gefässe), das subcutane Bindegewebe (in acuten Fällen-Injection der Gefässe, in chronischen Fällen völlige Atrophie des Fettgewebes). Im Blute fand Verf. immer ein und dasselbe Bild: starke Leucocytose, in und ausserhalb der Leucocythen massenhafte Streptococcen.

A. Ssadowen: «Eine neue Modification der klinischen Methoden zur Bestimmung von Peptonen (Albumosen) im Urin mittels der Phosphor-Wolframsäure». (Nr. 1).

Benanntlich wird zur Bestimmung von Albumosen im Urin die von Salkowski modificirte Hofmeister'sche Methode allge-

mein angewandt. Die Methode ist sehr einfach und erfordert zur Bestimmung nicht mehr, als 5 Minuten Zeit; doch kann dieselbe in vielen Fällen zu Fehlschlüssen führen. Man kann zuweilen bei der Anwendung dieser Methode Peptone nicht nachweisen, wo sie in der That aber sind, andererseits kann man die Biuretreaction erhalten, also Peptone annehmen, wo sie in der That nicht sind. Die erste Möglichkeit tritt in Fällen ein, wo der Urin dunkelgefärbt ist; der Fehler wird auch nicht dann beseitigt, wenn man den Urin, wie es Hofmeister angiebt, mit essigsaurem Blei behandelt. Die Anwesenheit von Peptonen im Urin kann simulirt werden in Fällen, wo derselbe Urobilin enthält, denn Urobilin giebt in alkalischen Lösungen mit schwefelsaurem Kupfer dieselbe Farbenreaction, wie Pepton. Auf diese Thatsache hat Bogomolow zuerst aufmerksam gemacht. Freilich gelingt es durch spektroskopische Untersuchung Peptone von Urobilin zu unterscheiden, doch ist das schon sehr umständlich. Verf. hat nun eine Methode gefunden, vermittels der man den Einfluss der Pigmente leicht beseitigen kann, ohne dass die etwaig — vorhandenen Peptone angegriffen werden. Er zerstört die Pigmente durch Zusatz von Kali hypermanganicum, wobei er sich zunächst durch zahlreiche Versuche überzeugt hat, dass diejenigen Mengen von Kali hypermanganicum, die zum Zerstören der Pigmente nothwendig sind, die Peptone durchaus nicht angreifen. 25—50 cm. eiweissfreien Urins werden im Glasbecher erhitzt (bis zu einer Temperatur, die etwas niedriger ist, als der Siedepunkt), alsdann werden 2,5—5,0 ccm. Salzsäure hinzugesetzt; nun fügt man eine 3%—5%-ige Kali-hypermanganicumlösung behutsam hinzu, zunächst 2—10 ccm. auf ein Mal, je nach der Farbe des Urins, dann vorsichtiger und weniger; der Urin bekommt dann plötzlich eine hellgelbe Farbe, zuweilen sieht er, wie kaum gefärbter Weisswein aus, zuweilen wird er ganz farblos. Ist durch Unvorsicht eine grössere Menge der Kali-permanganicumlösung hineingekommen, so dass das Gemisch sich gar nicht entfärbt, so kann man den Fehler sehr leicht ausgleichen, indem man einige Oxalsäurekrystalle hinzufügt, dadurch wird der Ueberschuss des Mangans entfärbt. Des Weiteren wird nach Salkowski verfahren, also Fällung mit Phosphorwolframsäure, Lösung des Niederschlages in 8 ccm. 1%-iger Natronlauge, — alsdann die Biuretreaction.

A. Lichatschew und Studensky: «Ueber die Absorption von Wärme bei der Leichenstarre».

Die experimentellen Untersuchungen der Verf. haben bewiesen, dass während der Leichenstarre Wärme gebunden wird, und zwar 1,2—4,0 Calorien pro Kilo Thier — es weist dies darauf hin, dass im Cadaver bei der Starre synthetische Processe vor sich gehen.

Bomstein: «Ueber die passive Immunität bei Diphtherie». (Nr. 2).

Die Untersuchungen des Verf. wurden am Moskauer bacteriologischen Institut angestellt. Als Versuchsobjecte dienten Meerschweinchen und Hunde, als immunisirende Substanz — das antidiphtheritische Serum. Einem Thier von bestimmtem Gewicht wurde eine genau bestimmte Menge von Immunitätseinheiten (auf je 1 ccm. Blut berechnet) einverleibt, dann wurde ihm periodisch Blut entzogen und letzteres auf den Antitoxingehalt nach der Ehrlich'schen Methode untersucht: die dreifache oder fünffache minimale tödtliche Dosis (minimale tödtliche Dosis = 0,05) wurde mit der zu untersuchenden Flüssigkeit gemischt und alsdann Meerschweinchen von 300—350 gr. Gewicht subcutan injicirt. Blieben locale Erscheinungen aus, so galt das als völlige Neutralisation des Giftes. Verf. überzeugte sich, dass das Hundeblut keine antitoxische Fähigkeiten besitzt; alsdann injicirte er 3 Hunden je 9600, 8000 und 9600 Serum (auf je 1 ccm. Blut 7 Einheiten), und zwar wurde dem einen Hunde das Serum in die Ohrvene injicirt und beiden anderen — subcutan. Schon am anderen Tage nach Einverleibung des Antitoxins fand er im Blute eine viel geringere Menge desselben, statt 7 Einheiten auf 1 ccm. Blut — 3,0 und 2,5. Die Untersuchung des am 6., 10., 14. und 18. Tage entnommenen Blutes zeigte das allmähliche Verschwinden des Antitoxins; das Serum des am 18. Tage entnommenen Blutes konnte Meerschweinchen von der tödtlichen Infection nicht schützen; der Hund selbst jedoch vertrug noch 10—15 Tage später eine tödtliche Dosis von 2 Ccm., erst nach 25 Tagen bewirkte die Injection der tödtlichen Dosis den Exitus. Es bleiben somit im Blute der Thiere auch nach dem oben angeführten Termin für eine gewisse Zeit minimale Antitoxinmengen zurück, die den Organismus vor dem Einflusse des Toxins schützen können. Die passive Immunität sinkt somit allmählich in bestimmter Proportion, bis sie schliesslich ganz erlischt. Dass hierbei die wiederholten Blutentziehungen keine Rolle spielen, konnte Verf. durch weitere Experimente bestätigen. Ferner fand er, dass die Menge des einverleibten Antitoxins die Dauer der Immunität beeinflusst, wenn auch nicht in so hohem Grade, wie die Stärke der Immunität. Analoge Experimente wurden an Meerschweinchen angestellt. Desweiteren suchte Verf. die Frage zu beantworten, wo das Antitoxin bleibt und konnte nachweisen, dass es weder durch den Urin ausgeschieden, noch in den Organen abgelegt wird (der Urin enthielt zwar in den ersten Tagen minimale Quantitäten des Antitoxins — 1/800 Theil dessen, was im Blute war doch am 5 Tage liess sich nichts mehr nachweisen). Es muss somit angenommen werden, dass das Antitoxin im Organismus Veränderung erleidet und erst in modificirter Gestalt ausgeschieden wird. Zum Schluss weist Verfasser auf die sehr wichtige Thatsache hin, dass wiederholtes Einverleiben von geringen Antitoxinmengen eine längere Immunitätsdauer giebt, als eine einmalige grössere Menge.

K. Gratschew. «Ueber die Formveränderung der Vorhöfe bei deren Thätigkeit».

Die Untersuchungen des Verf. führten zu folgenden Schlüssen: 1) Bei beginnender Systole im rechten Vorhofe beginnen die Mündungstellen der Venen und das Herzohr sich zuerst zu contrahiren; alsdann werden in diesen Act hineingezogen diejenigen Theile, bei denen die Muskulatur am stärksten ist, und zwar am t. Loweri und isthmus Vieussenii, es folgen die Muskelbündel des Septum atriorum und der übrigen Atriumwände, wobei die Muskulatur der äusseren Wand am spätesten zur Contraction gelangt. Dasselbe Verhältniss findet sich im linken Vorhof. 2) Mit zunehmender Contraction verringert sich allmählich das Lumen des rechten Vorhofes, doch behält es längere Zeit die ellipsoide Form, und schwindet schliesslich vollständig dank dem Hineindrängen der äusseren Vorhofswand. 3) Das Lumen der Venen (cav. u. pulmonal.) wird genügend fest durch Contraction der Vorhofsmuskeln, die in der Umgebung der Venenmündungen hervortretende Ringe bilden, geschlossen, dabei wird ein bedeutender Widerstand dem Rückflusse des Blutes aus den Arterien in die Venen gesetzt. Dieser Widerstand tritt schon zu Beginn der Vorhofssystole ein. 4) Die Ringmuskulatur der Venen selbst spielen dabei, wie die Präparate des Verf. deutlich ergeben, eine untergeordnete Rolle. 5) Das Lumen der Hohlvenen, das schon durch die Contractionen der Vorhofsmuskeln fest abgeschlossen wird, wird bei der fortdauernden Vorhofssystole völlig undurchgängig dank den Contractionen der Muskulatur des t. Loweri und Isthmus Vieussenii.

N. Golubow. «Splenalgia und Osteomyelalgia chloroticae» (Nr. 2).

Verfasser weist auf 2 Symptome hin, die er bei Chlorotischen sehr häufig zu beobachten Gelegenheit hatte, besonders häufig ist die Splenalgie, die schon vor 50 Jahren von Canstatt beobachtet und beschrieben worden ist, in neuerer Zeit jedoch von den meisten Autoren nicht erwähnt wird. Das Symptom hält Golubow sogar für die Chlorose pathognomonisch, man vermisst es selten. Die neuralgischen Schmerzen haben dabei ihren Sitz entweder in der Milz selbst oder in den der Lage der Milz entsprechenden Intercostalnerven. Einige Autoren (Rosenbach, Noorden) erwähnen zwar diese Schmerzen bei Chlorotischen, erklären sie aber durch Druck des Corsetts auf die Rippen entstanden. Dagegen spricht jedoch schon der Umstand, dass Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte nicht vorhanden sind. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Splenalgie bedingt durch den pathologischen Zustand der Milz und die Neuralgien in den Intercostalnerven entstehen reflectorisch, den Weg stellen der Nervus splanchnicus major sinister und die Rami communicantes dar. Verf. vergleicht die neuralgischen Schmerzen in der Milzgegend bei der Chlorose mit den zuweilen recht heftigen Intercostalschmerzen in der linken Thoraxhälfte bei verschiedenen Erkrankungen des Herzens, sogar bei functionellen Störungen desselben. Die Splenalgie verschwindet prompt bei erfolgreicher Behandlung der Chlorose. Ein zweites Symptom bei der Chlorose, das zwar nicht pathognomonisch ist, sind die Schmerzen in den Knochen, am häufigsten im Verlaufe der Tibia, seltner im Sternum und in den anderen Knochen. Man überzeugt dabei leicht, dass die Haut und das Periost unempfindlich sind, denn bei Druck werden keine Schmerzen empfunden, nur beim Beklopfen, also bei Erschütterung des Knochens, klagen die Kranken über Schmerzhaftigkeit. Offenbar ist die Ursache der Schmerzen in dem krankhaften Zustande des Knochenmarks gelegen—weshalb Verf. von einer Osteomyelalgie spricht. Diese Schmerzen werden in besonders starkem Grade bei myelogener Leukämie und perniciöser Anämie beobachtet.

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje. März 1898.

A. Poliewktow: «Ueber Intubation bei Croup in der Privatpraxis».

Bei der Behandlung des wahren Croup spielen, wie Verf. ausführt 3 Momente eine Hauptrolle. 1. das Serum, 2. Das mit Wasserdämpfen gefüllte Zimmer des Kranken, 3. die Intubation oder die Tracheotomie. Ganz nebensächlich sind die pharmaceutischen Mittel, die Emetica und Expectorantien, die desinficirenden Pulverisationen etc. Die Intubation kann in den meisten Fällen die Tracheotomie ersetzen Als eine grosse Unbequemlichkeit der Intubation in der Privatpraxis galt früher der Umstand, dass das intubirte Kind fortwährend unter der Aufsicht eines Arztes stehen müsse, da die Tube bei starkem Hustenanfall herausgestossen werden, oder aber das Kind selbst an dem Faden die Tube herausziehen konnte; andrerseits kann das Lumen der Tube durch Membranen oder Schleimmassen verlegt werden, man muss sie dann sofort herausziehen, reinigen und wieder einführen. Alle diese Umstände können jedoch jetzt vermieden werden. Dank der Erweiterung am unteren Ende werden die Tuben viel seltener mit den Hustenstössen expectorirt; der Faden wird, nachdem die Tube eingestellt worden ist, entfernt; die Extubation geschieht dann durch Druck von aussen bei gleichzeitiger Aufforderung der Pat. zu husten. Gegen das plötzliche Verstopftwerden der Tube durch Membranen oder Schleimmassen hilft häufige Pulverisation von Dämpfen, ausserdem warme Getränke; endlich können die Membranen durch das breite Lumen der Tuben ausgehustet werden. Wird die Intubation recht früh ausgeführt, bevor noch schwere Störungen sich ausgebildet haben, so entwickeln sich die asphyktischen Erscheinungen, wenn die Tube durch Zufall herausgestossen worden war, durchaus nicht rasch, so dass der Arzt noch immer herbeigeholt werden kann, um die erneuerte Intubation auszuführen. Verf. führt 3 Fälle aus seiner Privatpraxis an (Kinder von 3½ Jahren, 9 Monaten und 3 Jahren und 8 Monaten — alle 3 Fälle verliefen günstig). Die Dosis des Serums soll nach Verf. bei Croup nicht unter 3000 Einheiten in 48 Stunden betragen; ferner soll man nie zu rasch die Tube entfernen wollen; zum mindesten muss die Tube 48 Stunden liegen.

N. Winogradow: «Ein Fall von angeborener, maligner Geschwulst im frühesten Kindesalter».

Bei einem 10 Tage alten Kinde ein rasch wachsender, weicher Tumor am Rücken; die Geschwulst erwies sich als ein Angiosarcoma globoparvicellulare telangiectodes.

A. Natanson: «Ueber Augenerkrankungen bei Parotitis».

Nächst den Hoden resp. Ovarien können auch die Thränendrüsen bei der epidemischen Parotitis afficirt werden, obgleich dies viel seltner beobachtet wird. Gewöhnlich treten die Symptome der Dacryoadenitis, schon wenn die Schwellung der Parotis ausgesprochen ist, auf. Die Schwellung des oberen Augenlides concentrirt sich auf dem Theile, wo die Thränendrüse liegt, dabei ist die Haut geröthet und ödematös, also entzündet, häufig besteht Chemosis, man palpirt gewöhnlich eine weiche, schmerzhafte Geschwulst. Die Resorption derselben geschieht in den meisten Fällen rasch, doch zuweilen nimmt der entzündliche Process in der Drüse einen mehr chronischen Verlauf an; die Dacryoadenitis dauert dann einige Wochen, sogar Monate. Verf. hat 2 Fälle von Dacryoadenitis als Complication der epidemischen Parotitis beobachtet. Ausser der Thränensackentzündung kommen auch andere Complicationen bei Parotitis vor, obgleich viel seltner, so die metastatische Iridocyclitis, Accomodationsparalyse, Pupillenerweiterung, Hyperämie und Entzündung des Sehnerven und der Retina in Folge von Meningitis oder auch ohne letztere.

K. Snegirew: «Ueber den Einfluss der Vibrationsmassage auf die Diffusion aus dem Conjunctivalsack in die vordere Augenkammer».

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen. Verf. bediente sich der von Belljarminow angegebenen (in unserer Wochenschrift referirten) calorimetrischen Methode, als Flüssigkeit diente eine Fluoresceinlösung. Das Resultat seiner Beobachtungen war, dass die Vibrationsmassage viel stärker die Diffusion anregt, als die einfache Massage.

S. Beresowski: «Die Radicaloperation der Inguinalhernie nach Kocher und die letzten Veränderungen der Operationsmethode».

Verf. lobt die Kocher'sche Verlagerungsmethode und die Modification, die Kocher als Invaginationsverlagerung bezeichnet.

W. Kedrowski: «Pathologo-anatomische und bacteriologische Untersuchung eines Falls von emphysematöser Cystitis».

Eine 28 jährige Frau starb im 8. Monate der Schwangerschaft unter den Symptomen der Eclampsie (es wurde eine Frühgeburt ausgeführt, Erweiterung des Orificium uteri mittels Braun'schen Colpeurynter's, Wendung auf die Füsse, Extraction von 2 todten, gut entwickelten Kindern; doch liess sich der letale Ausgang dadurch nicht abwenden). Bei der Section fand K. die Harnblasenschleimhaut von dunkelrother Farbe, mit einer blutig-trüben schaumigen Flüssigkeit bedeckt. Die Schleimhaut enthielt eine Menge Gasblasen, die an vielen Stellen schichtweise angeordnet waren; die Blasen durchsetzten die ganze Schleimhaut, fanden sich aber nicht in der Muskelschicht. Die Nieren waren vergrössert, mit grösseren und kleineren Abscessen durchsetzt; in der Medullarsubstanz waren die Eiterherde strahlenförmig, dem Verlauf der geraden Canälchen entsprechend angeordnet. Unter der Nierenkapsel fanden sich ganze Gruppen von Gasblasen (von Erbsengrösse). In den Lungen waren einzelne pneumonische Herde nachweisbar, unter der Pleura, die diesen Herden entsprach, fanden sich ebenfalls Gasblasen. In der Schleimhaut der Blase fand Verf. Bacterien, die am meisten Aehnlichkeit mit den von Fränkel in 4 Fällen von emphysematösem Abscess gefundenen und beschriebenen anäroben Bacterien hatten. Mit den Culturen dieser Mikroben stellte Verf. Impfversuche an weissen Mäusen und Meerschweinchen an. Die Thiere gingen zu Grunde unter einer stark ausgesprochenen hämorrhagischen Entzündung, doch konnte Verf. in den hämorrhagischen Herden keine Gasblasen finden.

W. Poljakow: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Injection von Kochsalzlösungen bei Tuberculösen».

Die von Sirot angegebene Methode zur Diagnose latenter Formen von Tuberculose (Chlornatrium 5 Theile, schwefelsaures Natron 15 Th. und 1000 Theile destill. Wasser) hat Verf. mit negativem Resultate nachgeprüft; einerseits blieb das Reactionsfieber bei Kranken mit zweifelloser Tuberculose aus, andrerseits stellte sich Fieber auch bei nichttuberculösen ein.

Abelmann.

Westnik Oftalmologii. Januar—April 1898.

J. Markow. «Echinococcus der Orbita».

Der Fall wurde in der Charkower Augenklinik operirt. Das Auge war bereits erblindet. Durch Schnitt längs dem unteren Rande der Orbita wurde der Sack blossgelegt. Das Auge brauchte nicht enucleirt zu werden.

Dagilaisky. «Drei Fälle luetischer primär Sclerose auf der Bindehaut».

Deutsch auch bei Zehender Monatsblätter.

Debogori-Mokriewitsch. «Die Behandlung der gonorrhoischen Conjunctivitis vermittelst beständiger Berieselung und Beizungen mit starken Lapislösungen».

11 Fälle; zu den Spülungen 1:10,000 Sublimat. Zu den Beizungen 10—20% Arg.-Lösung. Die Ausspülungen werden so lange der Patient wach ist alle 2—4 Minuten vorgenommen (? wie eingerichtet). Nachts wird alle 3—4 Stunden gespült. Er ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden.

Günzburg. «Augenärztliche Beobachtungen. I. Einige Cilien unter der Bindehaut des Augapfel's».

Nach einer Verletzung entstand am äusseren Augenwinkel unter der Bindehaut eine kleine Geschwulst, welche drei Lidhaare enthielt, die offenbar hineingeschlagen worden waren.
II. Eine Cilie in der vorderen Augenkammer.
Einem 11-jährigen Knaben war das linke Auge durch eine Glasscheibe verletzt worden. Traumatisches iriscolobom, Cataracta traumatica, in der vorderen Kammer eine Cilie. Die Operation wurde abgelehnt.
III. Anomalie des Cilienwuchses.
An beiden oberen Lidern fanden sich einige Cilien die unter dem Epidermisepithel wuchsen.
IV. Ein Fall recidivirender retrobulbärer Neuritis.
Mann von 43 Jahren Alcoholiker. Vom März bis October je 2 Anfälle auf beiden Augen. Sehschärfe bis auf Fingerzählen herabgesetzt; centrale absolute Skotome. Kein Augenspiegelbefund. Heilung unter Jodkali und Natron Salicylicum.

E. Lasarew. «Jahresbericht über die Augenkranken des Belew'schen Landschaftshospitals».

Vom 10. Sept. 96 bis 10. Sept. 97. 900 Augenkranke. Stationär behandelt 48, Operationen 80, darunter 16 Extractionen, 12 Iridectomien. Exstirpation des Thränensackes 6 Mal.

K. Snegirew. «Resultate 40-tägiger augenärztlicher Thätigkeit».

S. arbeitete in dem Städtchen Kujagin des Nishninowgorod'schen Gouvernements. 588 Patienten. Darunter 10% Trachom, 52 theils vollständig, theils einseitig Blinde! Operationen: 24 Extractionen, 5 Iridectomien etc.

F. O. Ewetzki: «I. Weitere Untersuchungen über die Sarcome im Inneren des Auges. II. Die Sarcome in atrophischen Augen».

Es ist die Fortsetzung einer Arbeit: «Ueber die disseminirten Sarcome des Tractus uvealis» welche auch in deutscher Sprache im 42. Bande 1 Abth. des Graefeschen Arch. erschien. Verf. bringt hier die genaue klinische, makroskopische und histologische Beschreibung dieser Fälle. Kann nicht kurz referirt werden, wird zudem wohl auch in Extenso deutsch veröffentlicht werden.

L. Günzburg: «Ein Versuch mit Hilfe der Röntgenstrahlen Fremdkörper im Auge zu erkennen. Nebst 3 Bildern».

Benutzt wurde eine Vorrichtung ähnlich der, welche Cotremoulin empfahl zur Bestimmung des Sitzes von Kugeln in der Schädelkapsel. Die Durchleuchtung geschah im Schläfendurchmesser; wenigstens 12 Minuten sind erforderlich, um ein Bild zu liefern. Von zwei Fällen ergab der eine Fall ein Bild des Fremdkörpers im Augapfel.

M. Markow: «Endarteriitis obliterans arteriae centralis retinae diffusa».

Deutsch in Knapp's Archiv f. A. Bd. 36 Heft 4.

A. G. Brschosowski: «Kurzer Bericht über die Augenkranken der Ambulanz zu Tersinsk, im Ssaratow'schen Gouvernement».

Der Bericht umfasst 10½ Monate. Unter den ambulanten Kranken waren 15% Augenkranke. Von den stationär behandelten 64% Augenkranke. Von 1859 Augenkranken 283 Trachomkranke, 61 mit Erkrankungen der Thränenableitungswege; 456 Hornhauterkrankungen. Glaucom 59. Linse 159. Therapie: In einem Falle von Krebs der Lider führten Einspritzungen von Extractum chelidonii zur Verkleinerung und Schrumpfung der erkrankten Partien. Bei der Trachombehandlung wird dem Ausquetschen der Körner der Vorzug gegeben; gegen Entropium und Trichiasis die Snellensche Operation. Extractionen — mit Iridectomie — 120. Iridectomien 21. B. spricht sich zum Schlusse gegen die sog. fliegenden oculistischen Colonnen aus und verlangt Unterweisung der Landärzte durch Urlaubsbewilligung zum Besuch der grossen Augenhospitäler.

W. Belilowski: «Bericht über seine augenärztliche Thätigkeit in Ranenburg in Rjasan'schen Gouvernement».

Im Laufe eines Jahres 965 Augenkranke. Unter 631 Erkrankungen der Bindehaut — 117 Trachomkranke. Senile nicht complicirte Staare 43. Glaucom: 23 Patienten. Bei der Trachombehandlung das Ausquetschen der Körner 132 × ausgeführt. Extractionen 45 — in der Regel mit Iridectomie. Die Sozojodolpräparate empfiehlt er bei Erkrankungen der Bindehaut und Hornhaut aller Art. Sublimatinjectionen gaben unter 19 Fällen 5 mal ein sichtbar gutes Resultat bei Hypopiumkeratitis. Zum Schlusse folgen einige polemische Bemerkungen sowohl für, wie wider die sogen. fliegenden augenärztlichen Kolonnen.

G—n.

Djetskaja Medicina 1898, Nr. 2.

N. S. Korssakow: «Ein Fall von Myxödem im frühen Kindesalter».

Bei dem 7-monatlichen Brustkinde konnte ödematöse Schwellung des Gesichts, Halses und des oberen Theiles der Brust constatirt werden; dabei war Macroglossie vorhanden. Aetiologisch kommt nur Abusus spirituosorum beim Vater eventuell ins Gewicht. Unter einer Thyreoidinbehandlung während der 12-tägigen Hospitalsbeobachtung sichtbare Besserung des Zustandes.

A. A. Borchmann: «Leberechinococcus bei einem 10-jährigen Knaben».

Nachdem B., sich stützend auf diesbezügliche Statistiken darauf hingewiesen hat, dass Echinococcuserkrankung im Kindesalter zu den relativ seltenen Vorkommnissen zu rechnen sei, folgt eine recht genaue Mittheilung des von ihm beobachteten Falles. Der 10-jährige Pat. wurde ins Hospital aufgenommen mit Klagen über Athembeschwerden, Schmerzen in der rechten Seite und Angaben, dass in den letzten Monaten der Leib an Umfang zugenommen hätte. In allerletzter Zeit wäre häufig Fieber beobachtet worden. Der Leib des Pat. war im rechten Hypochondrium recht bedeutend vorgewölbt; als höchster Punct der Auftreibung offenbarte sich eine Stelle, die etwa zweiquerfingerbreit unter dem Rippenrande etwas medialwärts von der rechten Mammillarlinie sich befand. Die Leber war enorm vergrössert, von glatter Oberfläche; der Tumor, in der Tiefe fluctuirend, musste als in der Leber sich befindlich angenommen werden. Die Temperatur während der ersten Beobachtungstage von intermittirendem Character schwankte zwischen 37,4 und 39,0°. Die mit einer Pravatzspritze dem Tumor entnommene Flüssigkeit war serös, getrübt. Microscopisch fand man in dieser zum Theil fettig degenerirte Eiterzellen. Bernsteinsäure konnte nicht nachgewiesen werden. Bacteriologisch erhielt B. Reinculturen eines Diplococcus. Anamnestisch konnte ermirt werden, dass Pat. zusammen mit anderen Kindern allsommerlich sehr viel mit Hunden gespielt hat. Die Diagnose: Leberechinococcus mit secundärer Eiterung wurde bei der nach Volkmann zweizeitig ausgeführten Operation bestätigt gefunden. Pat. befindet sich auf dem Wege der Besserung.

Verf. ist es gelungen der Casuistik von Birch-Hirschfeld, umfassend 25 Fälle von Leberechinococcus, eine weitere Casuistik von 50 diesbezüglichen Fällen hinzuzufügen, welche er theils in der ausländischen, theils in der russischen Literatur beschrieben gefunden hat.

L. P. Alexandrow: «Die Behandlung der Larynxpapillome bei Kindern mittels Tracheotomie».

Im Jahre 1884 ist von Hunter-Mackenzie darauf hingewiesen worden, dass eine Tracheotomie bei Kehlkopfpapillomen nicht nur geeignet ist die drohende Erstickungsgefahr zu beseitigen, sondern auch, dass dadurch ein allmähliches Verschwinden der Papillome zu Stande käme. Dieses ist nun gleichfalls durch andere Beobachter bestätigt worden, und das Factum, dass bei Kindern nach einer Tracheotomie Larynxpapillome in einiger Zeit verschwinden, ist vollkommen feststehend. Solches könnte vielleicht der absoluten Ruhigstellung des Kehlkopfs zugeschrieben werden. Das Verweilen der Kanüle sei in den einzelnen Fällen von verschiedener Dauer.

Alexandrow möchte seinerseits diese Behandlungsmethode gleichfalls warm empfehlen. Er theilt zwei diesbezügliche Fälle seiner Beobachtung mit: Ein 2-jähriger Knabe wurde aus dem genannten Grunde tracheotomirt und nach einem Verweilen der Kanüle in der Trachea im Laufe von 4 Jahren und 2 Monaten konnte dieselbe dauernd entfernt werden, und waren die Papillome, wie es laryngoscopisch nachgewiesen wurde, geschwunden.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 11-jähriges Mädchen, das Verf. mit einer Kanüle in Behandlung bekam: im 5. Lebensjahre ist sie wegen Papillomen des Larynx tracheotomirt worden. Die Kanüle wurde entfernt, da der Larynx keinerlei Geschwulstbildungen aufwies.

M. G. Ratner: «Ueber den Gebrauch des Antidiphtherieserums in der Privatpraxis».

In der Stadt Smolensk, wo Diphtherie in den letzten Jahren nur sporadisch vorgekommen ist, sind vom Verf. 56 Diphtheriekranke mit Serum (von Behring und Roux) behandelt worden. Darüber theilt nun Verf. in Kürze mit. Von den 56 Kranken starb nur einer, ein 2-jähriges Kind mit Rachen- und Nasendiphtherie, welches erst am neunten Erkrankungstage in Behandlung kam. Das Serum wurde in der Mehrzahl der Fälle am dritten Tage, sechs mal am sechsten und zwei mal am neunten Tage injicirt.

Interessant ist es, dass R. sich von besonderen Indicationen für die Anwendung von Serum leiten liess; als solche dienten: 1. Larynxstenose und Heiserkeit bei gleichzeitig vorhandenem Belag im Rachen; 2. Diphtherie der Nase und des Rachens, gleichzeitig, und 3. Bei Diphtheriebelag in Rachen und sehr starker Drüsenschwellung. In den übrigen Fällen nahm er vom Serum Abstand.

L. Kestelmann: «Beitrag zur Frage über die Peritonitis chronica serosa».

Von mehreren Klinikern ist in den letzten Jahren behauptet worden, dass es eine chronische seröse Peritonitis gebe, wohl unterschieden von einer tuberculösen Peritonitis. K's mitgetheilter Fall liefert einen casuistischen Beitrag zu dieser Krankheitsform. Die Symptome waren: runde Gestalt des Abdomens, leichte Beweglichkeit der Ascitesflüssigkeit, keine Temperatursteigerungen, gutes Allgemeinbefinden, jegliches Fehlen von Erblichkeit. Schnelle und vollständige Genesung bei einer guten roborirenden Diaet. Es komme noch folgendes

Moment hinzu, welches den tuberculösen Character wohl gänzlich ausschliessen lässt. Das 5-jährige Kind machte zugleich Keuchhusten und Masern vollkommen normal, ohne irgendwelche Complicationen, durch. Bei bestehender tuberculöser Veranlagung wäre jedenfalls dadurch ein Anstoss zu einer tuberculösen Lungenerkrankung gegeben worden.

Nach Verf.'s Meinung erfolgt bei einer chronischen serösen Peritonitis Heilung spontan, wenn Pat. sich in guten Verhältnissen befindet. Pharmaceutische Mittel kämen hier auf den zweiten Plan.

A. Borchmann: «Ein Fall, wo ein Fremdkörper 4 Monate in der Trachea verweilte».

Der Fremdkörper war ein Sonnenblumensame. Entfernung desselben durch Tracheotomia inf. Pneumonie. Heilung. Das Kind war 3 Jahre alt.

J. M. Nesterowsky: «Zur Casuistik des Morbus Werlhofii».

N. theilt einen Fall mit, wo ein 5-jähriger Knabe, der sonst absolut gesund war, zweimal an heftig auftretendem Morbus Werlhofii erkrankte, beide Male im Anschluss an einen traumatischen Insult. Das erste Mal stellte sich beim Knaben, welcher auf der Strasse von einem Pferde umgeworfen wurde, bald daranf heftiges Blutbrechen ein, das durch Subcutaninjectionen von Ergotin zum Stillstande gebracht wurde. Nach einigen Stunden traten um die Injectionsstellen Petechien verschiedener Form und Grösse auf. Das zweite Mal kam es, nachdem der Knabe von seinen Spielgefährten zu Fall gebracht worden war, den Tag drauf zu einem haemorrhagischen Hautexanthem am Körper mit allgemeinem Schwächegefühl und Kopfschmerzen.

A. Kissel: «Ein Fall von Tetanus bei einem 3 Jahre alten Mädchen. Behandlung nach Verneuil. Tod».

Das Krankheitsbild eines schweren Tetanus hatte sich ziemlich plötzlich entwickelt. Bei der Untersuchung des Kindes und gleichfalls durch äussere Momente, wie Lärm im Zimmer, kommt es zu tonischen Contractionen einzelner Muskelgruppen. Es erfolgten auch täglich 6—11 heftige allgemeine tonische Krämpfanfälle. Die Behandlung bestand in Isolation in einem halbdunklen Zimmer, Einwicklung des ganzen Körpers in eine dicke Watteschicht, innerlich 4—6 Dessertlöffel einer 5% Chloralhydratlösung. Am sechsten Krankheitstage wurde das Kind von den Eltern aus dem Hospital genommen und starb den Tag darauf unter heftigen Krämpfen.

Hecker.

Eshenedelnik Nr. 6—12 1898.

M. Subbotin: «Ursachen, Symptome und Behandlung der Hämorrhoiden». (Nr. 6 und 7).

Vorliegender Aufsatz stellt eine ausgearbeitete klinische Vorlesung dar, fasst in übersichtlicher Weise das Wesentliche zusammen ohne etwas Neues zu enthalten. Unter den operativen Maassnahmen: Excision, Ligatur, Injection von Mitteln, welche Gerinnung des Blutes hervorrufen, Abbrennen und forcirte Dehnung verdient letztere vor allen Methoden den Vorzug.

E. Bellin: «Ein Fall von Missbildung der Geschlechtstheile mit schwieriger Feststellung des Geschlechtes». (Nr. 8).

Bei Gelegenheit eines gerichtsärztlichen Gutachtens betreffend eine 24-jährige Bäuerin, fand B. folgendes Bild, das in die Gruppe des männlichen Pseudohermaphroditismus gehört. Scelett männlich, Stimme tief, keine Brüste. An den Genitalien sieht man zwei längliche, walzenförmige Theile, welche nach oben zu convergiren und die Schamlippen repräsentiren, die Clitoris ist bedeutend vergrössert, wird auf digitalen Reiz Kleinfingerdick, 2 Ctm. lang; Zwischen den Theilen, die an die Schamlippen erinnern, befindet sich ein länglicher vertiefter Blindsack, dessen unterer Theil durch das Aneinanderlegen der unteren Schamlippenenden wie durch eine Klappe geschlossen ist, hinter dieser findet sich die trichterförmige Vertiefung. Uterus und Ovarien lassen sich per rectum nicht nachweisen, dagegen fühlt man in den, den grossen Schamlippen entsprechenden Theilen rundliche bewegliche Körper, die auf Druck in die Bauchhöhle verschwinden (Hoden), oberhalb derselben lässt sich ein strickförmiger Körper abtasten (Samenstrang). Die Urethralöffnung befindet sich am unteren Theil des trichterförmigen Sackes. Das betreffende Individuum hatte nicht menstruirt oder an molimina menstrualia gelitten und keine geschlechtliche Regungen empfunden Demnach ist das Individuum zu keinem der beiden Geschlechter zu rechnen.

P. Laschtschenkow: «Ueber die Lebensfähigkeit der Tuberkelbacillen». (Nr. 8).

Da die Frage, wie lange die Tuberkelbacillen ihre Lebensfähigkeit behalten, vielfach in sich widersprechender Weise beantwortet ist, hat Verf. Versuche in der Art angestellt, dass er Sputum, welches reich an Tuberkelbacillen war, in dicker Schicht auf verschiedene Gegenstände (Papier, Zeug etc.) strich und austrocknen liess. Nach Ablauf von 9 Monaten wurde das ausgetrocknete Sputum in einem Porzellantiegel mit Wasser verrieben, filtrirt und Meerschweinchen in die Bauchhöhle injicirt. Keines derselben erkrankte: Somit durfte man nicht fehl gehen, wenn man einen 9 monatlichen Termin als oberste Grenze für die Lebensfähigkeit der Tuberkelbacillen annimmt.

A. Natanson: «Neues über die spontane Resorption der Alterscataracte». (Nr. 9).

Die spontane Resorption des Altersstaars ist eine nicht häufige, aber doch beobachtete Erscheinung, die als Ausgang einer regressiven Metamorphose des überreifen Staars anzusehen ist. N. führt 3 Fälle an, die er beobachtet hat.

M. Stein: «Ein Fall von Nesselfieber complicirt mit Hämorrhagien in der Haut». (Nr. 10).

Eine 44-jährige Frau, die an chronischem Magencatarrh litt, wies auf den unteren Extremitäten urticariaähnliche Flecke auf, die bald eine blaurothe Färbung annahmen. Purpura rheumatica konnte ausgeschlossen werden. In diesem Fall muss nicht allein eine Transsudation von Flüssigkeit durch die Capillaren angenommen werden, sondern auch ein Uebergang von Blutelementen per Diapedesin in das benachbarte Gewebe.

A. Silbermann: «Zur Casuistik der eingebildeten Schwangerschaft». (Nr. 10).

Eine 32-jährige Hysterica liess sich nicht davon abbringen, dass sie gravid ist. Sie concentrirte all' ihr Interesse auf die sich gewöhnlich entwickelnden Erscheinungen. Verf. constatirte eine untrüglich vorhandene vermehrte Pigmentirung des Warzenhofes und Turgescenz der Brüste. Nach Eintritt der sehnlichst erwarteten Regel schwand diese Erscheinung.

A. Silbermann: «Zur Behandlung der spitzen Papillome mit Resorcin». (Nr. 10).

Das Resorcin wird entwerder in Pulverform unversetzt angewandt oder in 20—50% Collodiumlösung; damit letztere gut auf der Schleimhaut hält, muss man diese vorher mit Liq. anod. Hoffm. bestreichen.

L. Finkelstein: «Zur Casuistik der Psychosen bei Masern». (Nr. 11).

Ein 13-jähriger Junge, der in 9 Tagen Masern durchgemacht hatte, wurde plötzlich von stürmischen Delirien, Angstzuständen und Bewusstseinsstörungen befallen, später stellten sich Hallucinationen ein. Genesung. Ein im Anschluss daran von Dr. Hieroglyph beobachteter Fall bezieht sich auf einen während der Incubationsperiode von Masern sich abspielenden Fall von hallucinatorischem Irresein bei einem 14-jährigen Mädchen, das unter den Erscheinungen von Lungenödem starb.

J. Liberson: «Ein Fall von Lupus erythematosus, behandelt nach Joseph Schitze». (Nr. 12).

Die befallene Hautpartie wird nach der Methode von Joseph Schitze mit Sol. Fowleri bestrichen, wodurch dieselbe alsbald das Bild eines squamösen Eczems darbietet. Eine 10% Lösung genügt anfangs eine gewisse Reaction und alsdann Heilung zu bewirken.

S. Gerenstein: «Zur Casuistik der puerperalen Neuritis». (Nr. 12).

Nach einer normalen Geburt stellten sich am 2. Tage die heftigsten Schmerzen im linken Arm ein, später Anästhesie und Atrophie der Musculatur. Unter Behandlung von Massage — und galvanischen Strom besserten sich die Erscheinungen nach vier Monaten. Verf. hält die Erkrankung für eine Neuritis.

Lingen.

Довв. ценв. Спб. 13 Іюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 6. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 9—15.

W. Rokitzky: «Einige Worte über den Ausgang und die Therapie der Appendicitis» (Nr. 9).

An der Hand eines glücklich operirten Falles von Appendicitis, der nach Perforation und mit diffuser eitriger Peritonitis aufgenommen wurde, hebt Verfasser die Vorzüge des typischen Seitenschnittes, der, wenn nothwendig, nach oben innen verlängert werden kann, und der Ausspülung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung hervor.

W. Nikulin: «Eine Complication des Abdominaltyphus». (Nr. 9).

Bei zwei Patienten beobachtete N. während eines Typhusrecidivs starke Schmerzhaftigkeit längs des N. femoralis und Schwellung eines und später auch des anderen Beines (im zweiten Fall), die nach einigen Tagen schwanden. Der Puls war in der Extremität fühlbar. Verfasser fasst die Erkrankung als durch das Typhusgift verursachte Neuritis auf.

K. Solnzew: «Zur therapeutischen Wirkung des Euchinins». (Nr. 9).

In 15 Fällen (darunter bei 7 Typhösen) wurde Euchinin verordnet und dabei eine dem Chinin ähnliche Wirkung constatirt, ohne dass ersteres einen so unangenehmen Geschmack hat und auf den Magendarmkanal wirkt. Doch wünscht S. eine noch genauere physiologische Prüfung des Mittels und Ermässigung des Preises.

E. Pastor: «Ein seltener Fall von Distomatose der Leber». (Nr. 10).

Bei einem 39-jährigen Fischer, der mit Erscheinungen von Lebercirrhose u. Cholelithiasis in das städtische Alexanderhospital aufgenommen wurde, und an Herzschwäche starb, fand P. bei der Section der Leber eine Menge Höhlen aus erweiterten Gallengängen die mit Eiter, kleinen Gallenconcrementen und einer grossen Zahl von grauröthlichen kleinen platten Parasiten gefüllt waren. Letztere erinnerten an Distoma lanceolatum und erwiesen sich bei genauerer mikroskopischer Untersuchung als Distoma felineum (Rivolta) s. sibiricum. Dieser zuerst von Winogradow (Tomsk) bei Menschen gefundene Parasit lebt nach Braun als Cercarie in Fischen, in deren Fleisch er sich einkapselt und auf diese Weise auf den Menschen übertragen werden kann.

K. Akimow-Peretz: «Ein Fall von andauernder Fettnahrung bei Hyperacidität mit Hypersecretion». (Nr. 10).

Fussend auf die im Laboratorium von Professor J. Pawlow experimentell nachgewiesene secretionshemmende Wirkung des Fettes, liess der Verfasser einem 28-jährigen Patienten, der an Magenschmerzen litt und dessen überreichlich secernirter Magensaft circa 3,5 pro mille freie Salzsäure enthielt, zuerst eine Mandelemulsion und später 100,0 Schmandbutter einmal täglich vor dem Essen zu sich nehmen. Die Kost war eine gemischte. Dabei verschwanden allmählich die Schmerzen, Patient nahm in 1½ Monaten 20 Pfund zu, allein die Untersuchung des Magensaftes ergab dennoch Hypersecretion und auch die Acidität, die einige Zeit auf 2,6 pro mille gesunken war, stieg später wieder. Im Allgemeinen kann man also nicht behaupten, dass die Fettkost in diesem Fall viel Nutzen brachte.

Prof. J. Pawlow: «Laboratoriumbeobachtungen über pathologische Reflexe von Seiten der Bauchhöhle». (Nr. 11).

Bei Hunden, denen P. das Duodenum nach aussen unter die Haut verlagerte, beobachtete er nach 2 Wochen allgemeinen Wohlbefindens plötzliches Auftreten von Exulcerationen der Mundschleimhaut. Infection konnte ausgeschlossen werden. Bei der Section der Thiere wurden symmetrische torpide Geschwüre der Mundschleimhaut und Extravasate auf der Darmschleimhaut oberhalb und unterhalb der vorgelagerten Schlinge gefunden. Eine zweite Art pathologischer Veränderungen wurde bei Hunden beobachtet, denen eine Duodenalfistel angelegt worden war, in die eine durch 2 Ringe befestigte Metallröhre führte. Erstens entwickelte sich gleichfalls ulceröse Stomatitis, zweitens ein pustulöser Ausschlag, der sich über den ganzen Körper verbreitete. Eine dritte Serie von Erscheinungen betraf Hunde, aus deren Magen eine besondere kleine Abtheilung gebildet worden war, die Magensaft nach aussen ergoss. Sie lagen meist auf dem Rücken und empfanden bei verstärkter Nahrungsaufnahme Uebelkeit, die nach 1—2 Stunden verging. Ein Hund bekam piritonitisartige Erscheinungen mit Sinken der Temperatur und Pulsschwäche, erholte sich aber später wieder. Bei einem Hunde schliesslich, dem der Magen vom Duodenum isolirt worden war, entwickelten sich nach 1 Woche zuerst fibrilläre Muskelzuckungen, die bald in Tetanus übergingen. Nach obigen Eingriffen konnte eine Reihe functioneller und organischer Veränderungen bei den Versuchsthieren beobachtet werden, die nach P. als reflectorisch zu betrachten sind, wobei er zugiebt, dass eine befriedigende Erklärung zum Zustandekommen derselben vorläufig noch nicht möglich ist.

M. Werbalowsky: «Ein Fall von Diphtherie der Lider und der Conjunctiva». (Nr. 11).

Ein 8-jähriger Patient, der vor 2 Wochen an Scharlach erkrankt war, wurde mit Diphtherie der Lider und der Conjunctiva des rechten Auges aufgenommen. Die bacteriologische Untersuchung der Beläge ergab Löfflerbacillen, Diplo- und Staphylococcen. Die Virulenz der Diphtheriebacillen wurde am Meerschweinchen nachgewiesen. Nach Injection von 1,500 Einheiten Beringschen Serums gingen die diphtheritischen Erscheinungen bald zurück und der Knabe genas.

G. Bohnstedt: «Zufällige Inoculation von Krebs bei Entfernung des Uterus». (Nr. 11, 12).

Der 46-jährigen Kranken wurde der Uterus wegen Carcinom in der Klinik des Prof. Lebedew per vaginam entfernt. Patientin überstand den Eingriff gut und wurde genesen entlassen. Nach 6 Monaten, während deren Patientin zugenommen hatte, wurde in der linken Narbe am Introitus vaginae ein kleiner, weicher Knoten constatirt. 15 Monate post operationem stellte sie sich wieder vor mit reichlichen Fluor und Blutungen. Der Knoten in der linken grossen Schamlippe war erbsengross, in der Narbe der Vagina Krebsknoten sicht- und fühlbar, die nicht mit den ersten Knoten zusammenhingen, in der Bauchhöle ebenfalls Knoten vorhanden. Der Knoten am Introitus wurde entfernt, die Narbe mit Brom geätzt. Das weitere Schicksal der Kranken ist unbekannt. Die mikroskopische Untersuchung des Uteruscarcinoms und des später entfernten Knotens ergab dieselbe Structur eines Cylinderzellenkrebses. Dieses und die Localisation auf der früheren Operationswunde, die Abgrenzung durch Narbengewebe vom übrigen durch Recidiv afficirten Gewebe sprechen nach Meinung des Verfassers für Uebertragung während der Operation.

G. Kulescha: «Zur Aetiologie der eitrigen Cerebrospinalmeningitis». (Nr. 12—14).

Verfasser hatte Gelegenheit in einem tödtlich verlaufenen Fall von Cerebrospinalmeningitis aus dem Eiter des Subduralraums ein Stäbchen zu züchten, das analog war dem von Neumann und Schäffer beschriebenen. Dasselbe ähnelt morphologisch dem Ebert'schen Typhusbacillus, von dem es sich nur durch sein Wachsthum auf Kartoffeln und Gelatine, geringere Beweglichkeit, geringere Anzahl von Flimmern und negatives Verhalten zur Widal'schen Reaction unterscheidet. Die eitererregende Wirkung theilt es mit dem Typhusbacillus.

K. Akimow-Peretz: «Einige Bemerkungen zu 2 Fällen von Achylia gastrica». (Nr. 12).

Bei beiden Patienten fehlte die Secretion des Magensaftes vollkommen, bei normalem Verhalten der motorischen und aufsaugenden Thätigkeit. Den ersten Fall zählt Verfasser zur Anadenia ventriculi nach Ewald. Die Kürze der Erkrankung,

die geringen dyspeptischen Erscheinungen berechtigten nicht dazu, die Atrophie der Schleimhaut als Resultat eines chronischen Magenkatarrhs anzunehmen. Nervöse Symptome fehlten vollkommen. Im zweiten Fall dagegen bewogen anderweitige nervöse Symptome die Achylie als auf nervöser Basis beruhend anzunehmen. Das Allgemeinbefinden litt nicht und auch der Verdauungsakt war dank der Erhaltung der motorischen Thätigkeit nicht gestört.

I. Solnzew: «Ueber recidivirendes Erysipel». (Nr. 12—14).

In den vom Verfasser beobachteten 2 Fällen hatten die Patienten vordem nie an Erysipel gelitten, die Recidive (5 resp. 7) folgten einander in kurzen Zwischenräumen von mehreren Tagen, befielen nur das Gesicht und das Kinn. Im ersten Fall trat das letzte (5) Recidiv am stärksten auf. Im zweiten Fall starb Patient, der an chronischer interstitieller Nephritis litt, nach dem 7. Recidiv.

A. Ekkert: «Ueber Pyelitis beim Abdominaltyphus». (Nr. 13, 14).

Verfasser beschreibt 4 Fälle von Pyelitis, die theils während des Typhus (2), theils nach Beendigung des Typhus (2) auftraten. Drei von ihnen boten Complicationen (Partus, Otitis, Pneumonie), bei 3 traten Recidive auf, Nephritis war keinmal nachweisbar. Der Eitergehalt des Urins war mässig, die Schmerzhaftigkeit der Nieren sehr wenig. Die Temperatur war nur im ersten Fall charakteristisch, in den übrigen unregelmässig, im Allgemeinen remittirenden Charakters. Die Erkrankung dauerte 8 Tage bis 3 Monate. Alle 4 Patienten genasen. In Anbetracht dessen, dass Blasenstörungen fehlten, glaubt Verfasser, dass die Pyelitis eine absteigende war. Im Urin wurden ausser Eiweiss und Eiterkörperchen keine Formelemente gefunden.

Th. Hecker: «Zur Kasuistik der Fremdkörper der Respirationswege im Kindesalter». (Nr. 15).

Ein Kind von 1 Jahr 10 Monaten erkrankte acut 2 Tage vor der Aufnahme in das Hospital an Stenosenerscheinungen. Die Anamnese und klinischen Symptome ergaben die Möglichkeit eines Fremdkörpers in der Trachea. Ein Anfall von Dyspnoe gebot die Tracheotomia inferior, bei der nach einiger Mühe ein Samenkorn der Sonnenblume entfernt wurde. Das Kind genas.

A. Lewin: «Ueber Streptococcenpneumonie». (Nr. 15).

Weyert.

Wratsch Nr. 8—13 1898.

Prof. W. Tschernow: «Polyarthritis deformans bei Kindern». (Nr. 7, 8 u. 10).

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle dieser Krankheit, welche Kinder im 11. resp. 12. Lebensjahre betrafen. Die wichtigsten pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Polyarthritis deformans finden, nach den Beobachtungen des Verf., in den Knochen statt: die Epiphysen derselben hypertrophiren, während die Diaphysen—atrophiren. Die Veränderungen an den Gelenkknorpeln, die immer fort zerstört und durch neugebildete Knochensubstanz ersetzt werden, seien secundärer Natur. Zuletzt betheiligt sich an der Affection auch die Synovialkapsel. Vor allem tritt aber die Verknöcherung der Epiphysen auf. Diese ist als die primäre Erscheinung zu betrachten. Die Krankheit würde am Besten als «chronischer Knochenrheumatismus» zu bezeichnen sein. Die Krankheit schreitet unaufhaltbar immer fort, sie ist unheilbar die Patienten sterben aber gewöhnlich an intercurrenten Ursachen; zu Herzfehlern giebt sie, an und für sich, im Gegensatz zum chronischen Gelenkrheumatismus, fast niemals Veranlassung. Unter den bis jetzt beschriebenen 49 Fällen dieser Krankheit bei Kindern wurden Herzfehler nur 9 Mal beobachtet und bildeten nur eine zufällige Erscheinung, namentlich in den Fällen, in denen ein acuter Gelenkrheumatismus die erste Veranlassung zur Entwickelung der Polyarthritis gegeben hat. Aetiologisch kommen hier dieselben Ursachen, wie beim gewöhnlichen Gelenkrheumatismus in Betracht: nasskalte Witterung, feuchte Wohnungen etc. Auf die Veränderungen am Knochen und Knorpel folgen beim chronischen Knochenrheumatismus Muskelcontracturen und Atrophie der Haut, des Unterhautzellgewebes und der Muskeln. Zur Behandlung desselben wurden von einigen Autoren der constante Strom (8—10 M. A.) vorgeschlagen, mit dem aber Verf. in seinen 2 Fällen keine Erfolge erzielt hat.

A. Selenkow: «Zur Frage der operativen Behandlung der Stenosen in der Nähe des Pylorus». (Nr. 8 u. 9).

Auf Grund seiner reichen Erfahrung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) die Pylorusresection ist indicirt nur bei Neubildungen am Pylorus, wenn keine Verwachsungen mit der Umgebung und keine Metastasen vorhanden sind. 2) Die Divulsio pylori auf stumpfem Wege nach Loret muss aus den Pylorusoperationen ganz ausgeschlossen werden. 3) Ebenso kann die partielle Pylorusresection nach Czerny-Maurer, ausgeschlossen und durch die Gastro-Enterostomie ersetzt werden. 4) Die Pyloroplastik ist indicirt bei Narbenstenosen, hauptsächlich nach Vergiftungen mit Mineralsäuren, wenn keine ausgedehnte Ulcerationen und keine beträchtliche Verdickung der Pyloruswand bestehen. 5) In allen übrigen Fällen ist die Gastro Enterostomie indicirt, die möglichst breit (5—7—8 cm.) gemacht werden muss. Am meisten zu empfehlen ist die Hacker'sche Methode — Gastroenterostomia retrocolica posterior, da sie die darunterliegenden Organe am wenigsten dislocirt und den freien Uebergang des Mageninhaltes in den Darm am besten sichert. 6) Leichte Speisen (gewöhnliche oder gesäuerte Milch) können schon am zweiten Tage nach der Operation ohne Schaden gereicht werden. Die Ernährung der Kranken durch Klystiere hat nur geringen Werth und kann sogar zuweilen zu Complicationen Veranlassung geben, die dem Erfolge der Operation schaden.

K. Summent: «Zur Frage über die combinirte Wirkung der Flussbäder (im Flusse Neman) und von der Sonne erwärmter Sandbäder. Versuche an gesunden Menschen. (Nr. 8). Vorläufige Mittheilung.

Die Versuche des Verf. betrafen 14 Personen, die zuerst 15 Minuten im Flusse badeten, darauf, ohne sich abgetrocknet zu haben, 20 Minuten lang im Sandbade verblieben, aus dem sie wieder in den Fluss gingen u. s. w., so dass jedesmal 2 Fluss- und 2 Sandbäder, die im Ganzen 1 Stunde und 10 Minuten dauerten, genommen wurden. Jede Person bekam 30 combinirte Bäder. Die Resultate waren folgende: 1) Die Muskelkraft wächst. 2) Die Hautsensibilität steigt. 3) Die Körper- und Hauttemperatur sinkt. 4) Steigerung des Körpergewichts. 5) Der Puls wird langsamer und voller. 6) Athmung bleibt unverändert. 7) Die Versuchspersonen fühlten sich sehr gut, viel kräftiger, bekamen guten Appetit, schliefen ruhig. Die Darmfunction besserte sich.

A. Baltusewitsch: «Beiträge zur Frage über den Einfluss der Salzbäder verschiedener Concentration (3—12%), aber von gleicher Temperatur (28° R.) und Dauer (30 Minuten) auf die Resorption der stickstoffhaltigen Substanzen der Nahrung, auf den Puls, Temperatur, Blutdruck, Hautsensibilität etc. bei gesunden Menschen». (Nr. 8).

Vorläufige Mittheilung.

A. Abutkow: «Ueber den Einfluss erhöhter Temperatur auf die Gonorrhoe». (Nr. 8).

Die Gonokokken sind bekanntlich gegen Temperaturschwankungen sehr empfindlich. Die für Entwickelung derselben günstigste Temperatur scheint, nach den meisten Autoren, 25—30° C. zu sein. Bei 38° ist das Wachsthum der Gonokokken verlangsamt und bei 39° sterben die Kolonien ab. Verf. beobachtete einige Patienten, bei den unter dem Einfluss eines aus verschiedenen Ursachen eingetretenen hohen Fiebers (über 40°) die vorhandene Gonorrhoe spontan heilte.

W. Pesskow: «Ein Fall sexueller Manie und weiblichen Sadismus zur Zeit der Menses». (Nr. 8).

Der Fall betraf eine 32-jährige, vollkommen gesunde Frau, deren Vater — Potator, Grossvater — Epileptiker waren. Seit einem Jahre blieben die Menses zuweilen aus, wobei jedesmal hochgradige geschlechtliche Erregung auftrat: sie kleidete sich stark decolletirt, war sehr leidenschaftlich, kokettirte fortwährend mit ihrem Manne etc. Nach 4—5 Tagen, oder beim Eintreten der Menses, verging dieser Zustand spontan. Während dieser Anfälle periodischer menstrualer Manie hat die Frau ihren Mann beim Coitus einmal stark gebissen, ein anderes Mal mit einer Stecknadel heftig gestochen und gerieth dabei in noch stärkere geschlechtliche Erregung.

Prof. W. Tarnowski: «Reinfectio syphilitica». (Nr. 9).

Verf. berichtet über einen Fall unzweifelhafter syphilitischer Reinfection bei einem Manne, dessen Mutter, ausserdem wahrscheinlich, schon vor seiner Geburt syphilitisch inficirt war und an Paralysis progressiva gestorben ist. Dieser Fall beweise mit aller Sicherheit die vollständige Heilbarkeit der Lues. Die zweite Infection fand 11 Jahre nach der ersten statt. Diese ganze Zeit stand Pat. unter der Beobachtung und Behandlung des Verfassers.



Th. Geisler: «Zur Frage über das Wesen der Diazoreaction». (Nr. 9).

Auf Grund seiner hochinteressanten und sehr eingehenden Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Diazoreaction des Harns kommt infolge der gesteigerten Auflösung der weissen Blutkörperchen (Leukocytolysis) zu Stande. 2) Die die Diazoreaction bedingenden Substanzen sind im Blute nicht als solche enthalten, sondern bilden sich erst beim Durchgange der erwähnten Auflösungsproducte durch die Nieren.

M. Tschlenow: «Zur Frage über die Veränderungen der Alkalescenz des Blutes bei einigen Hautkrankheiten». (Nr. 9).

Verf. untersuchte die Alkalescenz des Blutes in 30 Fällen bei den verschiedensten Hautkrankheiten und kam dabei zu folgenden Resultaten: 1) Die Alkalescenz des Blutes ist bei einigen oberflächlichen und ausschliesslich die Haut betreffenden Hautkrankheiten normal; bei einigen tiefgreifenden Dermatosen dagegen, bei den Störungen des Allgemeinzustandes der Patienten vorausgesetzt werden müssen, ist sie vermindert. 2) Die Alkalescenz des Blutes kann einiger Massen für die Prognose der betreffenden Hautkrankheit vom Werthe sein. 3) Arsenik erhöht nicht die Alkalescenz des Blutes und wirkt deshalb auf die Hautkrankheiten nicht durch Beeinflussung des Stoffwechsels, sondern auf irgend einem anderen Wege.

P. Bulatow: «Ueber das Verzinnen und die Eigenschaften der Petersburger Verzinnung». (Nr. 10).

A. Wetscherkewitsch: «Zur Frage über den Einfluss der Cola-Nüsse (Nuces colae acuminatae) auf den Gaswechsel (Kohlensäure und Wasserdämpfe), Körpergewicht und Temperatur gesunder Thiere». (Nr. 10).

Vorläufige Mittheilung.

Auf Grund seiner Experimente an 4 Kaninchen und 1 Hunde kam Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Unter dem Einfluss der in Pulverform per os gereichten Cola-Nüsse tritt eine Vermehrung der Kohlensäureausscheidung ein. Diese Wirkung zeigt sich schon 1½—2 Stunden nach der Einführung des Pulvers. Je grösser die Dosis desselben, desto grösser die Kohlensäureausscheidung. 2) Die Ausscheidung der Wasserdämpfe ist nach einmaligen Dosen, die 0,5 g. pro Kilo Thier nicht übersteigen, kaum vergrössert. Bei höheren Dosen nimmt sie stark zu. 3) Vergleichende Versuche über die Kohlensäure- und Wasserdämpfeausscheidung bei Darreichung der Cola-Nüsse und des reinen krystallinischen Coffeins (in den dem pct. des freien Coffeins in der Cola-Nuss entsprechenden Dosen) zeigen, dass die Differenz in der Wirkung dieser beiden Substanzen während des Versuchs keine grosse ist, die Rückkehr zur Norm tritt aber nach dem Coffein sehr rasch ein, nach den Cola-Nüssen dagegen erst nach 48 Stunden. 4) Das vom Coffein befreite Colanusspulver wirkt im Vergleich zur ganzen Nuss (in gleichen Dosen) auf die Wasserdämpfe- und Kohlensäureausscheidung viel schwächer. 5) Dieselbe Steigerung der Kohlensäure- und Wasserdämpfeausscheidung scheint nach dem Colapulver auch beim hungernden Thiere einzutreten. 6) Nach verhältnissmässig sogar grossen Dosen des Colapulvers (1,38 g. pro Kilo Hund) trat bei den Thieren nur eine geringe Erregung ein, ohne darauffolgenden Depressionszustand. Nach entsprechenden Dosen des reinen krystallinischen Coffeins dagegen trat starke Erregung auf, die nach 5—6 Stunden in ebenso starken, langdauernden Depressionszustand überging. 7) Durst und Appetit waren bei allen Versuchen ziemlich stark erhöht. 8) Im Betreff der Harnausscheidung lässt sich nichts positives aussagen. 9) Die Temperatur der Thiere steigt. Maximum der Temperaturerhöhung war 0,5°, minimum — 0,2°, durchschnittlich 0,3° C. 10) Das Gewicht nimmt etwas zu. 11) Die Faeces werden dicker.

S. Kiriakow: «Zur Aetiologie des Abdominaltyphus». (Nr. 10).

Verf. beobachtete 4 kleinere Typhusepidemien, die beweisen sollen, dass bei der sogenannten Bodentheorie der Uebertragung des Abdominaltyphus vorzugsweise die künstliche Auflockerung der obersten Schichten des Erdbodens von Bedeutung ist, da alle diese Epidemien mit dem Erdgraben zusammenfielen und fast ausschliesslich die Erdgräber betrafen.

W. Ditmann: «Zur Frage über den Einfluss der Unterbindung des Ductus choledochus auf die Gallensecretion bei Meerschweinchen». (Nr. 10).

Vorläufige Mittheilung.

J. Lewaschow: «Subcutane Periplocininjectionen bei Herzkrankheiten». (Nr. 11).

Vorläufige Mittheilung.

Im Anschluss an die ausführlichen Untersuchungen der Professoren Lehmann und Burschinsky (sieh diese «Beilage» 1896, P. 49) versuchte Verf. das Periplocin bei herzkranken Menschen subcutan anzuwenden. Als maximale Tagesdose ergab sich dabei 0,001 g. Beim Einspritzen des Periplocins empfinden die Kranken starken Schmerz, der bald für 15 Minuten aufhört, darauf aber wieder beginnt und 1½—2 Stunden lang anhält. An der Injectionsstelle tritt bald leichte Röthung, zuweilen auch etwas Schwellung auf; Infiltration oder Abscesse sind nie vorgekommen. Eine Stunde nach der Injection tritt Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung ein; bei aussetzendem Pulse wird derselbe voller und regelmässiger. Der Spitzenstoss wird deutlicher, die Grenzen der Herzdämpfung bleiben unverändert, die Herztöne und organischen Geräusche deutlicher. Das tägliche Harnquantum wird stark vermehrt; diese Zunahme des Harnquantums tritt aber nur bei Stauungen infolge von Herzkrankheiten und auch nicht in allen Fällen ein, bei Stauungen infolge von Nieren- und Leberkrankheiten bleibt sie aus. Auf die Zusammensetzung des Blutes hat das Periplocin keinen Einfluss. Von Nebenerscheinungen sind zu verzeichnen: Uebelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen und Durchfall, die aber recht selten und nur bei Injection der vollen Tagesdosis auftraten. Was die übrigen Anwendungsformen der Periploca graeca (Extractum fluidum, Infus, Tinctur) anbetrifft, so haben die vorläufigen Versuche gezeigt, dass sie kaum brauchbar sein werden, da sie von äusserst unangenehmen, bitterem Geschmacke sind und starke Nebenerscheinungen hervorrufen.

E. Blumenau: «Ein Fall disseminirter syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems» (Nr. 11).

M. Kriwoschein: «Dysenteria sub partu». (Nr. 11).

Eine junge Erstgebärende erkrankte eine Woche vor der Geburt an Dysenterie, die auch während der Geburt fortdauerte. Letztere wurde künstlich beendet. Das extrahirte 7-monatliche Kind kam nach der Geburt mit der Mutter in keine Berührung und wurde von anderen, gesunden Wöchnerinnen gestillt. Während der Geburt wurden die äusseren Geschlechtstheile nach jeder Defäcation sehr sorgfältig mit Sublimat gewaschen, die Austreibungsperiode daurte nur 5 Minuten, so dass das Kind sich durch die Fäces der Mutter nicht inficirt haben konnte und doch erkrankte es am fünften Tage an Ruhr, an der es bald darauf gestorben ist. Verfasser glaubt dabei, dass das Kind schon im Uterus inficirt worden ist.

B. Libow: «Ueber die Erkrankungen der Brustwarzen im Wochenbett und die Behandlung derselben». (Nr. 11).

J. Markow: «Die klimatische Behandlung der Trachoms» (Nr. 12).

Von vielen Autoren (A. Graefe, Barde, L. Hirschmann) wird den Trachomkranken der Gebirgsaufenthalt sehr warm empfohlen. Der einzige für solch' eine Behandlung in Russland geeignete Ort ist die Krim und zwar am besten die Dörfer Issar und Lesnitschestwo, die 250 resp. 350 Meter über dem Wasserspiegel liegen.

A. Lütkewitsch: «Drei Fälle von Cysticercus cellulosae unter der Retina. Die Häufigkeit der Cysticercuserkrankungen des Auges in Russland» (Nr. 12).

Ein vom Verfasser selbst beobachteter und 2 bis jetzt noch nicht veröffentlichte Fälle aus der Moskauer Augenheilanstalt. Diese 3 Fälle mitgerechnet sind vom Jahre 1860 bis zum Jahre 1897 (incl.) von russischen Aerzten im Ganzen 37 Cysticercusfälle des Auges beschrieben worden. Von diesen betrafen 29 — den hinteren Abschnitt des Auges (fast in gleicher Zahl unter der Retina und im Glaskörper), 5 — die Conjuntiva, 2 — die vordere Augenkammer; in 1 Falle ist der Sitz nicht angegeben. Die Patienten gehörten vorzugsweise den ärmeren Volksklassen; Männer und Frauen erkrankten gleich häufig. Die Entfernung des Cysticercus aus dem hinteren Augenabschnitte ist in Russland nur Magawli gelungen. In einem Falle von Dr. Prawossud sass der Cysticercus unter der Conjunctiva sclerae und ist bei leichtem Drucke auf die Geschwulst spontan herausgefallen. Zwei Cysticerci in einem Auge sind in Russland nie beobachtet worden. Die Seltenheit der Cysticercuserkrankungen in Russland wird von den meisten Autoren durch die geringe Verbreitung bei uns der Taenia solium erklärt.

S. Goljachowsky: «Zur Technik der Massage» (Nr. 12).

Verfasser glaubt, dass man die Massage in der Richtung des venösen Blut- und Lymphstromes ausführen muss. Die

central gelegenen Theile des zu massirenden Organs müssen zuerst massirt werden und darauf die mehr peripher gelegenen Theile In jedem Theile aber muss die centripetale Richtung der Massage eingehalten werden. Für diesen seinen Vorschlag giebt Verfasser folgende Begründung: bei der gewöhnlichen Massage, die von der Peripherie beginnt, wird die Flüssigkeit aus den peripheren Theilen in die mehr central gelegenen getrieben, wo sie sich in immer grösserer Quantität ansammelt, da die Visatergo in den Lymphgefässen und die Elasticität ihrer Wände unzureichend ist, um die Säfte weiter zu treiben. Je näher zum Centrum, desto grösser deshalb die Stauung. Die Massage kann dieselbe zwar überwinden, dazu gehört aber Zeit und Mühe, weshalb es doch besser ist, wenn wir dies Hinderniss überhaupt nicht schaffen. Beginnt man aber die Massage von den zum Centrum am nächsten liegenden Theilen, so werden diese von ihrer Lymphe befreit und saugen immer neue Lymphquantitäten aus den peripheren Theilen an, wodurch die Aufgabe der Massage sehr erleichtert wird. Diese Abänderung der Massage gab auch in der Praxis viel bessere Resultate, als die frühere Methode.

S. Dsershgowsky: «Ueber das Schicksal des Diphtherietoxins im thierischen Organismus» (Nr. 13).

Verfasser stellte sich zur Aufgabe zu bestimmen: 1) ob das Diphtheriegift von den Hunden und Kaninchen, bei subcutaner oder intravenöser Injection desselben durch den Harn ausgeschieden wird; 2) ob das subcutan injicirte Gift irgend welche Veränderungen erleidet und wo diese stattfinden. Die zahlreichen Versuche haben ergeben, dass das Gift in den Harn nicht übergeht und, dass im Thierorganismus Bedingungen vorhanden sind, die das Gift zerstören.

K. Kriwoschein und E. Furmann: «Die diagnostische Bedeutung der Wydal'schen Reaction und ihre biologische Seite». (Nr. 11, 12 u. 13).

A. Sacher.

Westnik obstschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicin. Oktober — December 1897, Januar—März 1898.

M. Nikitin: «Ueber Selbsthülfe bei der Geburt». (Nr. 10).

Nichts Neues.

M. Uwarow: «Die Lehmwerke in sanitärer Hinsicht». (Nr. 11).

W. Ignatjew: «Ueber den Einfluss der Prüfungen, der Beschäftigungen im Lager und der Ferien auf die Gesundheit der Zöglinge des Konstantinowschen Feldmesser-Instituts». (Nr. 12).

Die Beobachtungen des Verf. wurden an 214 Schülern des Instituts im Laufe des Unterrichtsjahres 1896—97 angestellt, wobei hauptsächlich die Gewichtsschwankungen derselben verzeichnet wurden. Das Wägen 2—3 Tage vor dem Beginn der Prüfungen und gleich nach denselben zeigte, dass das Körpergewicht bei den meisten Zöglingen gesunken war, bei einigen blieb dasselbe constant und nur bei einigen war eine geringe Steigerung zu verzeichnen. Diese Gewichtsabnahme sei nur den sehr anstrengenden geistigen Beschäftigungen der Schüler während der Prüfungen zuzuschreiben. Während der Lagerzeit haben die Schüler körperlich und geistig sehr aufregende Aufgaben zu erfüllen weshalb bei $^2/_3$ derselben das Körpergewicht sinkt und nur bei $^1/_3$ steigt. Die Ferienzeit ist auf die Gesundheit der Schüler von bestem Einflusse.

E. Bellin: «Die gonorrhoische Infection vom socialen und gerichtlich-medicinischen Standpunkte». (Nr. 12).

Bei der eminenten Verbreitung und Contagiosität der Gonorrhoe und dem engen Zusammenleben der Kranken mit den Gesunden hat die Gonorrhoe heut zu Tage eine grosse sociale Bedeutung. Auch zu gerichtlich-medicinischen Fragen giebt die gonorrhoische Infection häufig Veranlassung in Fällen, in den ihr Zusammenhang mit einem «Vergehen gegen die Sittlichkeit» entschieden werden muss. Der Gerichtsarzt hat in solchen Fällen zu beantworten, ob die Erkrankung des Verletzten wirklich gonorrhoischer Natur ist, ob dieselbe nur durch den Coitus oder auf irgend einem anderen Wege entstehen konnte, ob der wegen Nothzucht oder Schändung Angeklagte wirklich an Gonorrhoe leidet. Verf. weist auch auf die Methoden zur Nachweisung der latenten Gonorrhoe hin. Die Vulvovaginitis suppurativa der kleinen Mädchen sei ausschliesslich gonorrhoischer Natur, niemals habe er eine solche bei traumatischer Entzündung, Anaemie, Scrofulose, Masturbation, Unreinlichkeit, Ausschlägen beobachtet. Ausser den Coitus-, Schändung und Nothzuchtversuchen kann die gonorrhoische Infection bei Mädchen auch beim Baden, durch Uebertragung des gonorrhoischen Secrets mit den Fingern, durch Wäsche, Kleider und andere Gegenstände stattfinden, weshalb in gerichtlich-medicinischen Fragen grosse Vorsicht nothwendig ist. Bei Knaben sind die Fälle von gonorrhoischer Infection durch unmittelbare Uebertragung viel seltener, da ihre Harnröhrenschleimhaut den äusseren Einflüssen viel weniger zugänglich ist.

N. Sack: «Beiträge zur Charakteristik der physischen Entwickelung der Kinder Thoraxmaasse und Körpergewicht». (Nr. 1).

Die Messungen, die an 6678 Kindern verschiedenen Alters ausgeführt wurden, haben Folgendes ergeben: bis zum 13. Lebensjahre beträgt der Tiefendurchmesser der Brust etwas mehr als $^3/_4$ des Breitendurchmessers derselben und nach dem 13. Lebensjahre, mit dem Beginn der Pubertätszeit, etwas weniger als $^3/_4$ des Breitendurchmessers. Die Entwickelung der Thoraxdurchmesser zeigt 3 Perioden. Die erste Periode der «allmähligen Zunahme» derselben dauert bis zum 12—13. Lebensjahre, wobei ein deutliches Sinken der Entwickelungsenergie im 10—11. Lebensjahre zu beobachten ist. Letztere Beobachtung des Verf. entspricht vollkommen seinen früheren gleichen Beobachtungen über die Entwickelung des Wuchses und des Thoraxumfanges, weshalb das 10.—11. Lebensjahr hinsichtlich der Entwickelungsenergie in der Kindheit als das schwächste zu betrachten ist. Die zweite Periode des «raschen Wachsthums» der Thoraxdurchmesser dauert vom 12. bis zum 16. Lebensjahre, die jährliche Zunahme derselben kann bis zu 1 cm. betragen. Nach dem 16. Lebensjahre beginnt die 3 Periode der «langsamen Entwickelung» der Thoraxdurchmesser, in der die jährliche Zunahme derselben nur einige mm. beträgt. Bei Bestimmung des durchschnittlichen Körpergewichts wurden die Kinder nach ihrem Stande in 3 Gruppen eingetheilt: 1) Privilegirte (Adelige, Beamte, Geistliche), 2) Kaufmannsstand und 3) Bauern, Bürger und Zünftige. Die Kinder der dritten Gruppe zeigten ein kleineres durchschnittliches Körpergewicht, als die der 2 ersten Gruppen.

J. Poljak: «Sanitäre Uebersicht der Stadt Warschau». (Nr. 1).

K. Morkotun: «Der Charakter der Erkrankungen in den europäischen Polargegenden (Nord-Norwegen und Murman)». (Nr. 2).

Als Material zur vorliegenden Arbeit dienten dem Verf. das sehr sorgfältig gesammelte medico-statistische Material Norwegens und der medicinische Bericht des Rothen Kreuzes, welches jeden Sommer zur Zeit des Fischfanges eine Sanitäts-Colonne zum Murmanufer abcommandirt. Das Studium dieses Materials führt den Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Trotz der Rauhigkeit ihres Klimas eignen sich die Polargegenden sehr gut zur Colonisation unter der Bedingung des Vorhandenseins eines genügenden Quantums Nahrungsmittel (Fischfang, Futter für die Hausthiere). 2) Die schweren Lebensverhältnisse am äussersten Norden erhöhen die Sterblichkeit der Bevölkerung, die 36 pro mille und noch mehr erreichen kann. 3) Die Zunahme der Bevölkerung ist denselben Schwankungen unterworfen, wie in den wärmeren Gegenden. 4) Unter den Erkrankungen prävaliren die der Luftwege, zu den, wahrscheinlich das Meeresklima dieser kalten Gegenden sehr praedisponirt. 5) Der Scorbut ist in den Polargegenden sehr häufig (Mangel an Nahrung und Licht). 6) Von den Infectionskrankheiten giebt die grösste Erkrankungszahl die Influenza. 7) Nach den Todesursachen nimmt die Lungentuberkulose, wie in den warmen Gegenden, die erste Stelle ein. Darauf folgt die croupöse Lungenpneumonie. 8) Der Typhus recurrens kommt in den Polargegenden nicht vor. Sehr häufig dagegen ist der Flecktyphus, der mit dem Scorbut irgend einen Zusammenhang zu haben scheint. 9) Das Wechselfieber kommt in den Polargegenden gewöhnlich nicht vor; die einzelnen beobachteten Fälle wurden aus wärmeren Gegenden eingetragen. 10) Die medicinische Organisation der Halbinsel Kola ist sehr unvollkommen. Die Zahl der Aerzte muss da vergrössert werden. Alle diese Verhältnisse sind bei der beabsichtigten Colonisation der Gegend sehr zu berücksichtigen.

M. Prokowskaja: «Die Wohnungen der Petersburger Arbeiter». (Nr. 3).

A. Sachev.



Eshenedelnik Nr. 31—15 1898.

A. Abramowitsch: «Zur Casuistik der Carbolgangrän». (Nr. 13).

Pat. legte sich auf einen verletzten Finger eine Compresse aus einer concentrirten Carbolsäurelösung, worauf sich am dritten Tage Gangrän einstellte.

N. Chochrjakow: «2 Fälle von Situs viscerum inversus». (Nr. 13).

M. Goldberg: «Zur Casuistik der Schusswunden der Bauchhöhle». (Nr. 14).

Eine Revolverkugel drang rechterseits in den Intercostalraum zwischen siebenter und achter Rippe zwischen der l. mamillaris und axillaris ant. Alsbald stellte sich eine acute Peritonitis, Icterus und ein Bluterguss in die Pleurahöhle ein. Pat. genas bei conservativer Behandlung.

G. Reimer: «Blutung in den Uterus während der Schwangerschaft». (Nr. 14).

Eine drei Monate Schwangere fiel hin, worauf sich Schmerzen und Zunahme des Leibesumfangs einstellten. Die Circumferenz des Leibes betrug 98 Ctm. es liess sich ein Tumor bis zum Epigastrium durchfühlen. Am Anfang des fünften Monates abortirte die Frau und im Anschluss daran wurden massenhaft Coagula (1/2 Eimer) ausgestossen. Die Placenta, die manuell entfernt wurde, bot keine Abweichung von der Norm.

J. Stein: «Ein Fall von tödtlicher Blutung aus der Vena jugular. comm. bei Scharlach». (Nr. 15).

Bei einem 5jährigen Kinde bildete sich im Anschluss an Scharlach eine rechtsseitige Lymphadenitis, die abscedirte und incidirt wurde. Mehrere Tage darauf stellte sich eine abundante Blutung ein, die nicht zu stillen war. Auf der vorderen Wand der Vena jugul. comm. fanden sich zwei Defecte.

Lingen.

Medicina. 1898. Nr. 1—13.

Potain: «Ueber Prognose der Herzkrankheiten». (Nr. 1, 2). Uebersetzung.

Moraglia: «Masturbation bei normalen Weibern und bei Prostituirten». (Nr. 1—4).

Uebersetzung von Aichenwald.

F. Windscheid: «Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes». (Nr. 5—8, 10, 12, 13).

Uebersetzung von Slesinger.

J. Wyssokinsky: «Einige Worte über die Behandlung der Paraphimose». (Nr. 10).

W. empfiehlt kurz folgendes Verfahren: zuerst massirt er einige Minuten das Oedem der Glans und des Praeputium weg, reibt den Penis mit Carbolvaselin ein, umfasst ihn mit der linken Hand und indem er mit dem rechten Zeigefinger auf die Glans drückt, zieht er das Praeputium über dieselbe. Auf diese Weise will er viele veraltete Fälle geheilt haben.

A. Zuckermann: «Fuchsin als diagnostisches Mittel bei Nephritis». (Nr. 10).

In Anbetracht dessen, dass bei Einnahme von Fuchsin der Urin verschieden intensiv gefärbt wird und dass die Zellen der Rindensubstanz der Niere bei der Ausscheidung der Farbstoffe betheiligt sind benutzte Verfasser das Fuchsin zu diagnostischen Zwecken und theilt in Kürze einen Fall aus der Klinik des Prof. Lewaschow mit. Beim 17-jährigen Patienten fanden sich im Urin Cylindor und Eiweiss (0,05—0,1), die Tagesmenge betrug 2—3000,0. Durch Einnahme von Fuchsin wurde der Urin nur schwach gefärbt. Bei der Section fand Verf. parenchymatöse Nyphritis. Eine weitere Untersuchung dieser Reaction hält Z. für erwünscht.

W. Mironowitsch: «Ein seltener Fall von extragenitaler Infection mit Lues». (Nr. 11).

Eine 43-jährige Patientin, die sich dem Verfasser im secundären Stadium vorstellte, war 7 Monate vordem durch blutige Schropfköpfe, die ihr von einem Bauernweib auf den Rücken applicirt waren, inficirt worden. An der Stelle des Primäraffectes waren zwei specifische Narben sichtbar.

J. Neustab: «Schwere Fälle von endemischer Influenza». (Nr. 12).

Verfasser beobachtete 2 solcher Fälle. Im ersten handelte es sich um einen 28-jährigen Mann, der acut mit Schüttelfrost und hoher Temperatur erkrankte. Letztere währte einige Tage und fiel dann unter Schweissausbruch. Nach mehreren Tagen wiederholte sich das Fieber, Patient klagte über Gelenkschmerzen (ohne objective Veränderungen), es traten heftiges Erbrechen und Icterus auf, die nach Verfasser auf acutem Magen- und Duodenalkatarrh beruhten. Im Urin fanden sich Albumen und Cylinder. Dazu gesellten sich peritoneale Erscheinungen, die vielleicht auf Perihepatitis zurückzuführen wären und ein urämischer Anfall. Dann gingen diese Symptome zurück und Patient genas nach 3 Wochen. Der zweite Fall betraf ein 7-jähriges Mädchen, das gleichfalls acut mit Fieber und katarrhalischen Erscheinungen erkrankte. Das Fieber dauerte 4 Tage und dabei trat starker trockener Husten auf, ohne dass von Seiten der Lungen Veränderungen nachweisbar waren. Dann sank die Temperatur, um einige Tage hindurch intermittirenden Charakter anzunehmen, wobei Schmerzen in einem Ohr (Hyperämie des Trommelfells) auftraten. Der Husten wurde während der Fieberparoxysmen stärker, krampfartig, der Auswurf war glasig, zugleich wurde der Stuhl dünnflüssig. Nach 10 Tagen verschwanden alle Erscheinungen.

Weyert.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bakteriologii. Bd. V, Heft 3 und 4.

B. Slowzow. «Ueber die Metamorphose und Localisation des Nahrungseiweisses in der Leber, dem Blute und in den Muskeln» (Heft 1, 2 und 3).

Verfasser versuchte auf experimentellem Wege diejenigen Orte zu bestimmen, wo das mit der Nahrung eingeführte Eiweiss sich aufstapelt, und die Modificationen, welche dasselbe erleidet, zu eruiren. Die Untersuchungen wurden an weissen Mäusen angestellt. Zur genauen chemischen Analyse verwandte Verfasser das Blut, die Leber und die Muskeln der zur bestimmten Zeit nach Beginn der Digestion getödteten Thiere. Seine Versuche ergaben:

1) Das Nahrungseiweiss sammelt sich nach einer gewissen Zeit zunächst im Blute an, dann später in der Leber und den Muskeln, von wo aus es wieder, je nach Bedarf, verbraucht wird.

2) Nach einer alle 3 Eiweissformen enthaltenden Nahrung (Albumine, Globuline und Stromine) sammeln sich zunächst in den Geweben die Albumine an, dann erst die Globuline und am spätesten die Stromine.

3) Die Vermehrung der einen oder der anderen Eiweissform im Blute und die Geschwindigkeit, mit welcher dieselbe aus dem Darmcanal resorbirt wird, hängt von dem chemischen Charakter des Nahrungseiweisses ab.

4) Die Globuline erscheinen nach der Resorption unverändert im Blute.

5) Die Muskeln und besonders die Leber besitzen die Fähigkeit die Albumine nach Bedarf in Globuline zu verwandeln.

6) Je reicher die Nahrung an Lecithin und phosphorhaltigen Körpern ist, um so rascher werden in den Muskeln und in der Leber die Stromine gebildet.

A. Mankowski: «Ueber die einfachste Methode der Gewinnung eines kräftigen Nebennierenextractes und über dessen Wirkung auf den thierischen Organismus. (Heft 3).

Die beste Methode ist der Glycerin-Wasserauszug. Die gepulverten Nebennieren werden auf 2 oder 3 Tage in einer Mischung von Glycerin und Wasser zu gleichen Theilen extrahirt. Der Auszug kann dann durch Chamberland'sche Filter filtrirt werden. Man soll nicht mehr, als 1,0—2,0 des Pulvers auf 100,0 der Flüssigkeit nehmen. Mit solch einem Extract

hat Verfasser eine Reihe von Versuchen an verschiedenen Thieren angestellt, die alle das Resultat ergeben haben, dass bei Einverleibung des Etxracts in's Blut, der arterielle Blutdruck gesteigert wird. Verfasser konnte zur Evidenz nachweisen, das diese Fähigkeit nur dem Nebennierenextract zukomme. nicht etwa anderen Substanzen, die in den Nebennieren enthalten sind, wie Brenzcatechin, Hydrochinon, Resorcin, Protocatechusäure, Lecithin und Neurin. Es muss in dem Extract eine Substanz vorhanden sein, die einen starken Einfluss auf das peripherische vasomotorische Nervensystem ausübt. Die Art der Einwirkung auf das Herz selbst müsste noch näher studirt werden. Jedenfalls ermuntern die experimentellen Untersuchungen des Verfassers zur Anwendung des Extracts in Fällen von Herzschwäche und drohendem Collaps.

S. Tschirjew. «Ueber die Behandlung der Syphilis im Allgemeinen und der auf der Basis dieser Krankheit sich entwickelnden Tabes. (Heft 3).

Verfasser stellt zunächst auf Grund seiner langjährigen klinischen Erfahrung die Behauptung auf, dass die Syphilis, als eine costitutionelle Krankheit, nie ganz auscurirt werden kann, auch nach 20, 30 und mehr Jahren kann sich die Krankheit wieder geltend machen; deshalb müssen sich Syphilitiker wenigstens in den ersten 15 Jahren alle 3 Jahre einer specifischen Behandl ng unterziehen. Als entschieden verwerflich betrachtet Verfasser die gleichzeitige Anwendung von Quecksilber und Jod. Was die Art der Quecksilbertherapie anlangt, so bevorzugt er die Inunctionscur mit Quecksilbersalbe. oder, was noch mehr zu empfehlen ist, mit Sapo mercurialis (Neunert). Man empfiehlt gewöhnlich zur Einreibung folgende Stellen: die oberen und unteren Extremitäten und die Brust Nach T. ist es viel rationeller, die Einreibung am Rücken und an den seitlichen Thoraxwandungen auszuführen. Während der Cur sollen Bäder täglich verordnet werden (35° C., 20—30 Minuten Dauer, Abends ½—1 Stunde vor der Inunction). Die Cur dauert 5—6 Wochtn, alsdenn wird 1—2 Wochen pausirt und später Jodpräparate verordnet, daneben häufige Bäder (0,5—4 0 3 Mal täglich). Die Jodbehandlung währt auch nur 6 Wochen. — In Betreff der Tabes ist Verfasser ein entschiedener Anhänger der Syphilis-Aetiolohie; in allen seinen Fällen, mit Ausnahme der hereditären Tabes, konnte Syphilis anamnastisch festgestellt worden. Bei der Behandlung wird zunächst eine specifische Cur eingeleitet, ausserdem aber bemüht man sich, die untergehendene Nervenelemente zu stärken' das geschieht: 1) durch Charcot'sche Douchen (2—3 Atmosph. Druck, angefangen mit 22° C. nnd täglich um ½° heruntergehend bis zu 12° C.; 2) durch Galvanisation des Rücken- und verlängerten Marks und Faradisation des Urogenitaltractus. Zuweilen wendet Autor Strychnin an (0,002 in Pillenform), von Spermininjectionen hat er nie dauernden Erfolg gesehen. Gegen die starken, lancenirenden Schmerzen wendet er eine Combination von Morphium und Atropin an (Atropini sulfurici 0,03, Morphini mur. 0,3, Solut. steril. hydrarg. bichlor. cor. (1 ; 5000) 15,0, davon ¼—⅔ Gramm zu injiciren).

M. Konstantinow. «Febris biliosa haemoglobinurica». (Heft. 3).

Diese Erkrankung hat Tomaselli bei Malarischen beobachtet und dieselbe als das Resultat einer Intoxication durch Chininpräparate angesehen. Verfasser hat in Merw (Transkaspisches Gebiet) unter 21,300 Fällen von Malaria 40 Mal Haemoglobinurie beobachtet und stellt 2 Formen der Erkrankung auf: 1) Febris biliosa haemoglobinurica non-paroxysmalis, 2) F. bil. haemoglob. intermittens s. paroxysmalis. Die Eingeborenen werden viel seltener befallen, als die russische Bevölkernng. Mortalität = 35%. Der Urin giebt die Oxyhaemoglobin- und Urobilin-Spectra. Häufig ist auch Albuminurie vorhanden (bis 3% nach Essbach). Zu Beginn der Kranhkeit stellt sich häufig Polyurie ein. Zum Schluss — Anurie und Uraemie. Zu den Symptomen der Krankheit gehören: geringe Temperatursteigerung, starke Schweisse, vergrösserte Milz; die Leber ist gewöhnlich normal, selten vergrössert und schmerzhaft, in veralteten Fällen verkleinert, häufig sind Symptome eines Magen-Darmkatarrhs vorhanden, Erbrechen von galligen Massen; starke Pulsbeschlennigung. Blutbefund: Verminderung der rothen Blutkörperchen, Oligo-Mikro-Poikilocythaemie, Verminderung der reifen Formen der weissen Blutkörperchen und der eosinophilen Zellen, Vermehrung der jungen, kernhaltigen Erythrocyten. In 2 Fällen fand Autor im Blute eigenthümliche nadelförmige Krystallfiguren, die den Durchmesser eines rothen Blutkörperchens 2—4 Mal übertrafen, im Centrum derselben eine Pigmentansammlung. Nur in einem Falle waren charakteristische Plasmodien zu constatiren. Die erste Form der Haemoglobinurie dauert 4—5 Tage, die intermittirende Form dagegen zerfällt in 2—9 Attaqnen, von denen die ersten 1—8 Tage dauern, die weiteren aber einige Stunden — 4 Tage; Intervalle 1 — 12 Tage. Auf Grund seiner reichen Erfahrung schliesst sich Verfasser der Tomaselli'schen Meinung über die Aetiologie der Erkrankung an.

J. Seldowitsch. «Zur Pathologie des Molluscum contagiosum». (Heft 3(.

Die innerhalb der Neubildungen gefundenen Figuren, die von vielen Autoren als Coccidien angesprochen worden sind, hält Verfasser für das Produkt der Zelldegeneration. Was die Infectionsfrage anlangt, so glaubt S., auf Grund seiner Beobachtungen, dass eine Infection möglich, jedoch nicht absolut nothwendig sei.

G. Brunner. «Strychninvergiftung und traumatischer Tetanus. (Heft 3).

Im vorigen Jahre hat Lusini durch experimentelle Versuche beweisen wollen, dass das bekannte Tetanusantitoxin von Tizzoni und Cattani selbst in minimalen Dosen schwere Strychninvergiftung zu heilen vermag, bei frühzeitiger Anwendung des Antitoxins wird der Ausbruch der Krämpfe verhindert. Dagegen hat Goldscheider vor 3 Jahren auch auf Grund seiner Versuche behauptet, dass Thiere, welche gegen tödtliche Strychnindosen giftfest gemacht worden sind, für das Tetanustoxin ebenso empfänglich seien, wie Controlthiere. Verfasser unternahm es, die Resultate von Lusini nachzuprüfen und kam zu ganz entgegengesetztem Schlusse, dass das Tetanusantitoxin absolut wirkungslos bei Strychninintoxication ist. Die neuen Untersuchungen von Ehrlich Wassermann u. Takaki über die specifische Wirkung der Zellen des Centralnervensystems auf das Tetanusgift im Auge behaltend, stellte Autor Versuche an Mäusen an, indem er ihnen zuerst eine Hirnemulsion (von Meerschweinchen) subcutan beibrachte und dann mit Strychnin vergiftete; es erwies sich, dass die Emulsion gar keinen Einfluss auf die Intoxication ausübte, alle Mäuse vergingen unter den bekannten Symptomen der Strychninvergiftung; somit hat das Nervensystem von normalen Thieren gar keine immunisirende Fähigkeit gegen das Strychningift.

A. Maximow. «Ueber den Bau der rothen Blutkörperchen der Säugethiere und über die Genese der Bizzozero'schen Blutplättchen». (Hef 4).

Nach den Untersuchungen des Verfassers, entstehen die Blutplättchen nicht aus den weissen Blutkörperchen, wie es Löwit annimmt, sondern aus den rothen.

G. Gabritschewsky. «Zur Pathologie und Serotherapie der Spirochaeten-Infectionen». (Heft 4).

Bekanntlich hat Ssacharow 1890 eine besondere Infectionskrankheit bei Gänsen beschrieben—die sog. Gänsen-Septicaemie und als Erreger der Krankheit fand er Spirochaeten, die grosse Aehnlichkeit mit den Recurrensspirillen haben. Verfasser hat nun mit virulenten Culturen dieser Gänse-Spirochaeten eine Reihe von Versuchen angestellt, die zu recht interessanten Schlussfolgerungen führten. 1) Die Spirochaeten-Septicaemie der Gänse bedingt eine Anhäufung von specifischen, bactericiden Substanzen im Blute. 2) Die Obermeierschen und die Ssacharow'schen Spirochaeten gehören zu einer Classe von Mikrophyten; sie unterscheiden sich jedoch durch ihre morphologische und pathogene Eigenschaften und durch ihr verschiedenes Verhalten gegenüber dem Serum der mit der einen oder der anderen Spirillenform inficirten und immunisirten Thiere. 3) Die specifischen, bactericiden Substanzen sind im Gänseorganismus ungleichmässig vertheilt: am meisten enthält das Blut, am geringsten die parenchymatösen Organe. 4) Die Befreiung von der Spirochaeten Septicaemie kommt durch Bildung von bactericiden und lysogenen Substanzen zu Stande. wobei die Erscheinungen der Phagocythose mitwirken. 5) Sowohl die natürliche, wie die acquerirte Immunität gegen die Spirochaeteninfection beruhen auf Bildung von unter dem Einflusse des Virus im Organismus entstehenden bactericiden Stoffe. 6) Das specifisch-bactericide Serum von Pferden, denen wiederholte intravenöse Injectionen von lebenden Spirocheaten beigebracht worden sind, hat sowohl praeventive, wie therapeutische Eigenschaften. 7) Die bekannten positiven Resultate der Recurrens-Serotherapie werden durch die analoge Wirkung des specifischen Serums gegen die Spirochaeten-Septicaemie bestärkt. 8) Im Kampfe gegen die Epizootie der Gänse-Septicaemie erweist sich als sehr praktisch eine doppelte Präventivimpfung, zuerst des Antispirochaetenserums und dann von lebenden Spirochaeten, d. h. man soll eine möglichst starke Activisation der passiven Immunität schaffen.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 29 Іюня 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 7. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschaja gaseta Botkina 1898. Nr. 1—8.

Prof. N. Gundobin: «Die Aufgaben der Paediatrie». (Nr. 1). Antrittsvorlesung.

P. Koropowski: «Ein Fall von diffuser Perforationsperitonitis bei Abdominaltyphus». (Nr. 1).

Der 26-jährige Patient trat am Ende der zweiten Typhuswoche in das Obuchowhospital mit den Zeichen einer Perforationsperitonitis ein, so dass vom Verfasser sofort zur Laparotomie geschritten wurde. Es entleerte sich aus der Bauchhöhle seröseitriges Exsudat ohne Fäcalgeruch. Circa 35 cm. vom Coecum entfernt fand sich im Ileum eine runde Perforationsöffnung mit infiltrirten Rändern. Das perforirte Geschwür wurde excidirt, die Wunde nach Czerny-Lembert vernäht und die Bauchhöhle tamponirt. 9 Tage nach der Operation sank die Temperatur zur Norm. Um dieselbe Zeit wurden beim Verbandwechsel 3 kleine Darmfisteln in der Umgebung der Wunde gefunden, von denen eine bald verheilte, die beiden anderen sich bald verkleinerten, so dass dem Kranken, der sich noch in Behandlung befand, keine Gefahren drohten. Verfasser plaidirt zum Schluss für möglichst frühzeitigen chirurgischen Eingriff in ähnlichen Fällen.

G. Jepifanow. «Ueber die Agglutination beim Abdominaltyphus». (Nr. 2).

Verfasser untersuchte nach der von ihm modificirten Vidal'schen Methode (s. B. g. B. 1897. Nr. 28) 80 Fälle (2 Mal mit negativem Resultat) und gelangte zu folgenden Resultaten: Die agglutinirende Eigenschaft des Blutes ist in der ersten Periode des Typhus eher entgegengesetzt proportional der Schwere der Erkrankung, indem in leichten und mittelschweren Fällen eine schnelle und deutliche, in schweren eine langsame und weniger deutliche Reaction auftritt.

Die Zeit des Auftretens der Reaction und der Verlauf des Typhus stehen in gewissem Verhältniss: ein frühzeitiges Auftreten, vor dem sechsten Krankheitstage, fällt meist mit leichtem Verlauf zusammen, spätes Auftreten, nicht vor dem achten Tage, mit langem und schwerem Verlauf. Die Untersuchung des Blutes auf der Höhe der Krankheit giebt beinahe stets deutliche Reaction, die bei schweren Fällen jedoch meist langsamer auftritt. Die 20-fache Verdünnung des Blutes erwies sich am günstigsten für die Widal'sche Reaction.

S. Posadski: «Zur Diphtherie in Petersburg». (Nr. 2).

P. giebt einen kurzen Ueberblick über die Diphtheriekranken des städtischen Alexanderbarackenhospitals im December 1897. Es wurden 397 Kranke aufgenommen, darunter 222 Kinder. Es starben 15,4 Procent (von den Kindern 19 Proc.), im Monat vordem 20,4 Procent (resp. 24 Proc.). Diese Verminderung der Sterblichkeit möchte P. nicht der Serumbehandlung zuschreiben, die nicht in allen Fällen angewandt wurde, so z. B. bei hoffnungsloser und leichter Erkrankung, ausserdem weil nicht alle Aerzte des Krankenhauses sich vom Nutzen der Serumbehandlung und ihrer Unschädlichkeit überzeugen konnten. So glaubt Verfasser selbst, dass es Fälle giebt, in denen trotz frühzeitiger Anwendung des Serums die klinisch leichten Erkrankungen scheinbar unter der Einwirkung des Serums allmählich in schwere und tötdliche übergehen. Nicht mit Serum behandelt wurden 133 Fälle (33,7 Proc.), darunter 79 Kinder, davon starben ein Erwachsener und 17 Kinder. Zum Schluss meint Verfasser, dass die nun beinahe 2 Jahre dauernde Diphtherieepidemie in ihrer Schwere abnimmt.

E. Anders: «Zur Statik und Pathologie des gewaltsamen Redressements des Buckels». (Nr. 2—6).

Verfasser konnte direct eine Reihe von Gypsabgüssen, die an Spondylitikern in verschiedenen Stellungen und Lagen gewonnen wurden, nachweisen, dass bei Distraction + Reclination auf dem von Huhn (mit Anwendung der Lorenz'schen Schraube) construirten Tisch der vom Buckel gebildete Winkel sich am meisten vergrösserte, während die ober- und unterhalb gelegenen Abschnitte der Wirbelsäule sich nicht wie die Zeiger einer Uhr im Charnier bewegten, sondern wie Theile eines elastischen Stabes gestreckt werden. Genaue vom Verfasser ausgeführte Messungen der einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule bestätigten dieses. Bei Anwendung des Apparates von Huhn kann die Distraction nach Wunsch dosirt werden, so dass es sogar möglich ist, die zunächst dem Buckel gelegenen zusammengepressten Zwischenwirbelscheiben zu dehnen. In leichten Fällen bleibt nach der Distraction eine geringe Krümmung nach, die bei geringer Verstärkung der Distraction und Hinzufügen der Reclination verschwindet.

An 3 von Spondylitikern gewonnenen Präparaten, von denen einer mit brisement forcé nach Calot behandelt wurde (plötzlicher Tod 3 Wochen nach dem Eingriff aus unbekannten Ursachen), zwei mit Distraction und Reclination im Huhn'schen Apparat (Tod nach 3 Monaten, resp. 1½ Monaten an Masernpneumonie) konnte Verfasser keinerlei Veränderungen nachweisen, die für Neubildung von Knochengewebe oder Heilung des tuberkulösen Herdes sprachen. Auf Grund seiner an 22 Spondylitikern gemachten Erfahrungen, empfiehlt A. sich mit Distraction und Reclination im Huhn'schen Apparat wo möglich zu begnügen und weist auf die Gefahren bei einem zu energischen Vorgehen hin. Er hält sich nicht für berechtigt, der von Calot inaugurirten oder richtiger gesagt reclamirten Methode jegliche Bedeutung für die Behandlung der Spondylitis abzusprechen, namentlich in Hinblick darauf, dass durch sie der tuberkulöse Herd durch Immobilisation und Distraction vom Druck entlastet wird. Am günstigsten für solche Behandlung erscheinen die Fälle, bei denen längere Zeit hindurch keine Eiterungen bestanden; Congestivabscesse stellen eine Contraindication dar.

B. Woinow: «Parallele statistische Beobachtungen über 750 mit und ohne Serum behandelte Diphtheriekranke». (Nr. 3—5).

Verfasser hielt sich berechtigt dergleichen Beobachtungen anzustellen, weil seiner Meinung nach kein genügendes statistisches Material bei gleicher Vertheilung der Kranken in ein und demselben Krankenhause gewonnen ist. Vom 15. Mai bis 15. September 1897 gelangten im städtischen Alexanderbarackenhospital 750 Diphtheriekranke zur Aufnahme, darunter 40 moribund. Injicirt wurde, wie Autor sagt, ausschliesslich das von Gabritschewsky in Moskau angefertigte Serum (wie indessen aus der Arbeit hervorgeht, wurde auch anderes Serum injicirt).

Es waren erkrankt: 1) an Angina diphtheritica punctata 65: alle genasen, davon 50 mit Serum behandelt, 2) Diphtheria membranacea, phlegmonosa und Stenosis laryngis: 591 Kranke, davon 291 mit Serum behandelt, 300 ohne Serum. Hier sei erwähnt, dass allen Kranken 4—6 Mal täglich der Rachen mit Sublimat (2 : 1000) gepinselt wurde, Pulverisation und Nasendouchen neben Kompressen, Wannen, Excitantien und wenn nöthig Intubation zur Verwendung kamen. Von 291 mit Serum Behandelten genasen 218 (28 mit Laryngitis darunter 19 Intubirte 22 mit phlegmonöser Diphtherie, 168 mit D. membranacea) starben 73 (18 mit Laryngitis, darunter 16 Intubirte, 41 mit phlegmonöser Form, 14 mit membranöser Form). Von 300 ohne Serum Behandelten genasen 189 (15 mit Laryngitis, davon 8 Intubirte, 13 mit phlegmonöser Form, 161 mit membranöser Form), starben 111 (28 mit Laryngitis, davon 23 Intubirte, 64 mit phlegmonöser, 19 mit membranöser Form). Die Gesammtsterblichkeit der Injicirten betrug 25 Proc., der Nichtinjicirten 37 Proc.; speciell bei Laryngitis 41.9 resp. 72,97 Proc., bei phlegmonöser Diphtherie 65 resp. 83 Proc., bei Intubirten 45,7 resp. 74,2 Proc. Nach dem Alter berechnet starben von 0—10 Jahren bei Stenosis laryngis nach Injection 41,9 Proc., ohne Injection 71,5 Proc., bei Diphtheria membranacea 9,9 resp. 17,6 Proc. Bei genauer Durchsicht der Krankenbögen von Kranken mit Diphtheria membranacea erwies sich ausserdem, dass die Mehrzahl der Fälle, denen keine Injection gemacht worden war, zu den leichten rangirten, während unter den nach Injection Genesenen es viele schwere Formen gab, die bereits an die phlegmonöse Form grenzten. Offenbar ist also die «gleichmässige» Vertheilung der Fälle auch cum grano salis aufzufassen. Nachdem Autor noch auf die bereits bekannten Folgen der Injection und auf die prophylaktische Impfung eingegangen, bekennt er sich nach gemachten Erfahrungen zum Anhänger der Serumtherapie, die er eine specifische

nennt. Um so unerklärlicher scheint es, warum dergleichen, zum mindesten verspätete Experimente jetzt an demselben Krankenhaus ausgeführt werden mussten, an dem bereits früher die Serumtherapie, allerdings mit Serum eigenen Fabrikats, geübt wurde.

S. Kusmin: «Ueber die operative Behandlung der Blasenscheidenfisteln». (Nr. 3, 4).

Während der Jahre 1889—1897 hatte K. Gelegenheit bei 44 Patientinnen des Saratower Landschaftshospitals Blasenscheidenfisteln zu operiren. Die Mehrzahl der Kranken (86 Proc.) stand zwischen dem 20. und 40. Jahr und hatte die Fisteln während oder nach der Geburt acquirirt. Vor der Operation wurden die Kranken gehörig vorbereitet, namentlich die entzündlichen Erscheinungen berücksichtigt. Meist operirte K. nach Sims-Simon und nähte mit Seide. Nach 6—8 Tagen wurden die Nähte entfernt, nach 9—10 Tagen der Katheter à demeure und die Kranke aufstehen gelassen. Narkose war nur 5 Mal erforderlich. In 21 Fällen erfolgte prima intentio, in 3 Fällen war eine zweite Vereinigung durch Naht, in 3 Fällen eine dritte Naht nöthig. In 8 Fällen gelang es die Fisteln zu verkleinern, in 8 Fällen (18 Procent) blieb die Operation erfolglos.

W. Konjajew: «Ein Fall von Pyopneumothorax subphrenicus». (Nr. 4).

Die 32-jährige Patientin, die seit 5 Jahren an Husten litt und circa 1 Monat vor ihrer Aufnahme ins Hospital heftige Schmerzen im linken Hypogastrium fühlte, bot die Erscheinungen eines linksseitigen subphrenischen Pneumothorax, wofür besonders die starke Verdrängung der Leber, die geringe Verdrängung des Herzens und eine Gasauftreibung in der Gegend des scorbiculum cordis sprachen. Im Auswurf wurden spärliche Tuberkelbacillen gefunden. Allein die Abwesenheit von Magensymptomen in der Anamnese sprachen für einen von den Lungen ausgehenden Pneumothorax. Unter zunehmender Schwäche starb die Kranke nach ungefähr 2 Wochen. Bei der Section erwies sich das Peritoneum besät von Miliartuberkeln, der Magen nach unten verdrängt, zwischen kleiner Curvatur, Diaphragma, linkem Leberlappen und Milz eine kindskopfgrosse, von entzündlichen Verklebungen gebildete Höhle, die mit Gas und Speisetheilen gefüllt war. In der Mitte der kleinen Curvatur fand sich eine 4 cm. grosse runde Perforationsöffnung eines Magengeschwürs. Pleuritis saccata multiplex sinistra.

S. Wladislawlew: «Zur Casuistik der Leberabscesse». (Nr. 5—7).

Bei einem 23-jährigen Patienten wurde auf Grund des remittirenden Fiebers, das zeitweise intermittirenden Charakter annahm, und der Lokalerscheinungen (niedriger Stand und Empfindlichkeit der Leber, Parese des Diaphragma, Atelektase des rechten unteren Lungenlappens) ein subdiaphragmaler Abscess resp. Leberabscess diagnosticirt und vom Verf. zur Operation geschritten, nachdem die Probepunction Eiter ergeben hatte. Nach Resection der zwölften Rippe gelang es einen ziemlich oberflächlich gelegenen Leberabscess zu eröffnen. Die Höhle wurde tamponirt. Nach circa 1 Monat wurde noch ein Abscess der Prostata gespalten, wonach Pat. bald gesund entlassen wurde. Im Eiter fanden sich Streptococcen und Staphylococcen. Die Ursache des Leberabscesses blieb unklar.

Der zweite Fall betraf einen 30-jährigen Patienten, der 2 Monate vor seiner Aufnahme in das Obuchowhospital an Schmerzen in der rechten Seite erkrankt war. Die Untersuchung ergab dieselben Lokalerscheinungen wie in obigem Fall. Bei der vom Verf. ausgeführten Operation wurde die neunte Rippe resecirt, die Pleura costalis mit dem Diaphragma vernäht und nach Eröffnung des Diaphragmas eine grosse Menge Eiter entleert. Die Wunde wurde in Anbetracht der Schwäche des Kranken sofort tamponirt und verbunden. Am vierten Tage wurde in Folge Temperaturerhöhung und Schmerzen ein zweiter Abscess in der Leber eröffnet. Pat. starb nach einigen Tagen an Herzschwäche. Bei der Section erwies sich die Leber durchsetzt von zahlreichen grösseren und kleineren Abscessen. Auch hier blieb die Aetiologie dunkel.

R. Wanach: «Zur Chirurgie des runden Duodenalgeschwürs». (Nr. 5—7).

Nach Anführung der Literatur beschreibt Verf. einen von ihm operirten Fall. Es handelt sich um einen 22-jährigen Fabrikarbeiter, der am Abend vor seiner Aufnahme in das Peterpaulhospital plötzlich an kolikartigen Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt war. Die Untersuchung ergab Zeichen von Peritonitis, die möglicherweise durch Perforation des Wurmfortsatzes verursacht war. Verf. schritt sofort, 15 Stunden nach Beginn der Erkrankung, zur Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt parallel dem rechten Poupart'schen Bande, strömte reichlicher, geruchloser, dünner Eiter hervor. Verklebungen der Darmschlingen fehlten, der Wurmfortsatz war normal. Bei genauerer Durchsuchung der in der oberen Partie der Bauchhöhle stärker injicirten Schlingen und Hinzufügung eines Medianschnittes gelang es nach Zurücklagerung der Leber an der vorderen Wand des Duodenums bei der Anheftungsstelle des Ligamentum hepatoduodenale eine Perforationsöffnung von 2—3 Mm. Durchmesser zu finden, aus der etwas Schleim und Gase herauskamen. Die Wand des Duodenums war hier infiltrirt, die Perforation von dicken Fibrinauflagerungen umgeben. Da es nicht möglich war das Geschwür zu excidiren, vernähte W. die Serosa des Darmes am linken (medialen) Rande des Infiltrats mit dem Peritoneum des medialen Blattes des Ligamentum hepatoduodenale am rechten (lateralen) Rande. Die Bauchwunde wurde tamponirt und nicht genäht. Pat überstand die Operation gut und wurde nach 3 Monaten gesund entlassen.

L. Ssobolew: «Ueber Retentionsschleimcysten des Dickdarms». (Nr. 6—8).

Bei der Section eines 47-jährigen an Aorteninsufficienz gestorbenen Mannes, der vordem an Darmstörungen nicht gelitten hatte, fand Verf. die Mucosa des Dickdarms ödematös, im unteren Abschnitt mit Geschwüren bedeckt, schiefergrau und besetzt von hellen, durchsichtigen hanfkorngrossen Cysten. Die genauere mikroskopische Analyse der Cysten ergab, dass in Folge Verengerung des Ausführungskanals und Stauung des Secrets die Lieberkühn'schen Drüsen ausgedehnt worden waren und ihren Inhalt durch Atrophie der unterliegenden Schichten (der adenoiden und der Muscularis mucosae) in die Submucosa ergossen hatten. Um diesen schleimigen Erguss herum begann später die schleimige Degeneration der Submucosa.

K. Ssolonzew: «Ueber die therapeutische Wirkung des Euchinin». (Nr. 7, 8).

Fortsetzung folgt.

N. Lunin: «Paracentesis paricardii bei einem 6 jährigen Knaben». (Nr. 8).

Der Knabe wurde mit Pleuropneumonie rechts unten aufgenommen, die auf den linken Unterlappen überging. Dabei traten die Erscheinungen einer exsudativen Pericarditis auf. Die Temperatur sank am neunten Tage zugleich mit Lösung in der rechten Lunge und blieb die ganze Zeit normal, so dass der Verdacht einer eitrigen Pericarditis nicht aufkam; allein die bei starker Athemnoth des Pat. ausgeführte Punction des Herzbeutels am Ende der dritten Krankheitswoche ergab eitrigen Erguss. Am folgenden Tage wurde die Paracentese nach Resection des Knorpels der IV Rippe ausgeführt (Dr. Anders) und dabei eine grosse Menge dicken Eiters entleert. Nach 24 Stunden starb der Kranke. Die Section ergab neben pleuralen und pleuropericardialen Verwachsungen Pleuropneumonie des linken Unterlappens, eitrige Pericarditis, Verwachsungen der Herzspitze mit dem Pericard.

Weyert.

Djetskaja Medicina 1898, Nr. 3.

N. N. Alexejew: «Ueber Aneurysmen im Kindesalter».

Ein 10-jähriges Mädchen erkrankte ziemlich plötzlich an heftigen Schmerzen im Unterleib, starken nicht genau lokalisirbaren Schmerzen in den Beinen, welche zeitweilig Schwäche und Unvermögen zu Stehen verursachten, und allgemeiner Depression. Dauer der Krankheit, welche letal endete, — ungefähr 8 Wochen. Ausser den ebengenannten, in der Intensität häufig wechselnden Symptomen ist noch zu nennen, dass die Körpertemperatur meist erhöht war, das Kind allmählich stark abmagerte, in der 5 Woche innerhalb vier Tagen mehrmals allgemeine klonische Krämpfe sich einstellten, nach denen eine Hemiplegie der linken Körperhälfte zurückblieb, die sich jedoch nach vier Tagen vollkommen zurückbildete. Bei der objectiven Untersuchung konnte man unter dem Nabel im Bauchraum eine harte Geschwulst herauspalpiren, welche Pulsation aufwies und auf Druck sehr schmerzhaft war. Die Pulswelle in beiden Cruralarterien kleiner als normal, namentlich auf der linken Seite.

Die Section bestätigte das vermuthete Vorhandensein eines Aneurysmas. Dasselbe befand sich im unteren Theile der Aorta abdominalis. Die Art. iliacae entspringen unmittelbar aus dem Aneurysma, ihr Lumen ist verengt. Das Aneurysma,





welches einen wandständigen Trombus aufweist, ist geborsten: ein Bluterguss findet sich im retroperitonealen Gewebe nach unten in's kleine Becken reichend und am deutlichsten ausgeprägt im Mesenterium der flexura sigmoidea. Frische Endocarditis verrucosa an der Mitralklappe. Im Gehirn fand sich nichts abnormes, wodurch die Krämpfe und die Hemiplegie erklärt werden könnten. Verf. ist geneigt die Gehirnerscheinungen einer vorübergehenden Circulationsstörung zuzuschreiben, wie ja ein vorübergehendes Hirnoedem leicht bei dem allgemein heruntergekommenen Kinde aufgetreten sein könnte.

J. W. Ssila-Novitzki: «Einige Beobachtungen über die Heilwirkung des Antidiphtherieserums bei der Behandlung von Ozaena».

Mehrfach sind Arbeiten darüber erschienen, dass Diphtherieseruminjectionen im Stande wären den starken Geruch Ozaenakranker entweder gänzlich zum Schwinden zu bringen oder aber mindestens abzuschwächen.

Verf. hat nun derartiger Behandlung 9 Kranke mit Ozaena unterzogen, 7 Kinder und 2 Erwachsene, deren Erkrankung so hartnäckig war, dass alle übrigen sonst üblichen Mittel absolut erfolglos blieben.

Seine Ansicht über den therapeutischen Werth des Heilserums bei Ozaena ist nun folgende:

1) Antidiphtherieserum, Ozaenakranken injicirt, bewirkt in vielen Fällen ein Verschwinden des üblen Geruchs auf einige Zeit, in den übrigen Fällen erfolgt eine Abschwächung desselben.

2) Die Secretion der atrophirten Nasenschleimhaut wird durch Heilserum verstärkt.

3) Dieses Heilmittel verdient jedenfalls Beachtung und wären weitere, längere Zeit hindurch fortgesetzte Beobachtungen an möglichst viel Ozaenakranken sehr wünschenswerth.

M. W. Gornow: «Resultate der Heilserumtherapie an 318 Fällen von Diphtherie aus der Landpraxis im Usmanschen Kreise».

Die Mittheilung bezieht sich auf 318 Diphtheriekranke, welche vom Verf. innerhalb zweier Jahre und 2 Monaten mit Heilserum behandelt wurden. Er erzielte dabei eine Mortalität von 15%. Von der Gesammtzahl gehörten 127 zur Categorie der leichten und mittleren Erkrankungsformen und endeten sämmtlich mit Genesung. Die schweren Formen 98 gaben eine Mortalität von 3%, die gangraenösen 29 an Zahl—51,7% und die mit Croup vergesellschafteten 50 Fälle—46,8% Mortalität.

Im Allgemeinen kommt Verf. zu bekannten Ergebnissen. Mit einigen von G. jedoch ausgesprochenen Ansichten kann man sich nicht für ganz einverstanden erklären. So äussert er, dass er nur bei denjenigen Kranken eine leichte oder mittelschwere Form der Diphtherie constatiren konnte, welche an einem der drei ersten Krankheitstage in ärztliche Behandlung kamen. An am 4. oder 5. Krankheitstage erst zur Beobachtung gekommenen gelang es ihm niemals eine leichte Erkrankung zu constatiren. Daraus folgert nun G., mit grosser Wahrscheinlichkeit — bleibe eine Diphtherieerkrankung mehr oder weniger leicht nur bis zum dritten Tage, gehe aber alsdann ohne Behandlung geblieben in die schwereren Formen über. Er vergisst dabei, dass unzählige leichte Diphtherieerkrankungen ohne jegliche Behandlung spontan wieder ausheilen und ziemlich symptomlos verlaufen.

Auch Folgendes widerspricht den Beobachtungen anderer Forscher. G. erklärt, man erziele bei der Behandlung schwerer Diphtheriekranker die günstigsten Resultate, wenn man Serumdosen von mehr 2000 J—E zur Anwendung nimmt, dieselben aber dem Organismus nicht auf einmal einverleibt.

T. P. Krassnobajew: «Drei Fälle von Pylorusstenose im Kindesalter».

Zu den allergrössten pathologischen Seltenheiten gehören die Pylorusstenosen im Kindesalter. Bisher fanden sich nur zwei diesbezügliche Beobachtungen publicirt und zwar in der russischen Literatur: der eine Fall gehörte Selenkow und den anderen theilten Kolatschewski und Hohlgendorn mit. Mit den 3 von Krassnobajew in dieser Mittheilung beschriebenen Fällen sind somit bisher nur 5 Fälle von Pylorusstenose im Kindesalter bekannt.

Diese 3 Fälle K's betrafen Mädchen von 12, 9 und 7 Jahren. Der erste Fall endete letal und bei der Section wurde als Ursache der kolossalen Magenerweiterung narbige Stenose des Pylorus in Folge von Ulcus rotundum gefunden. Dasselbe aetiologische Moment glaubt Verf. beim 9 a. n. Mädchen, welches poliklinisch behandelt wurde und an einer enormen Magenectasie litt, annehmen zu dürfen, und ebenso erwies sich Strictur des Pylorus nach Ulcus rotundum als Ursache der Ectasie im dritten Falle, den Verf. mit Erfolg gastroenterostomirt hat.

Folgende Schlüsse glaubt Verf. aus den drei klinisch sehr lehrreichen Fällen ziehen zu dürfen: bei jeder der Therapie hartnäckig trotzenden Magenectasie sei als Ursache eine Pylorusstenose zu vermuthen. Sobald nun diese Diagnose mit einiger Sicherheit besteht, verliere man keine Zeit mit innerer Therapie, sondern gehe radical operativ vor. Diesbezügliche Operationen hätten gerade in der Neuzeit sehr schöne Resultate gezeitigt.

S. M. Timaschew: «Ein Fall von Pseudohypertrophia musculorum».

Ein 11-jähriger Knabe bot das typische Bild dieser Krankheit dar. An derselben Krankheit sollen ein Bruder und ein Cousin laborirt haben. Von Interesse ist der Fall insofern als Heredität hier augenscheinlich eine Rolle spielte, die Mütter der kranken Kinder waren Schwestern, die eine von ihnen epileptisch, dass in allen drei Fällen das männliche Geschlecht befallen war, und dass die Erkrankung bei ihnen allen im siebenten Lebensjahre begonnen hatte.

A. N. Andrejew: «Ein Fall von Chorea diplegica bei einem 4-jährigen Knaben».

M. W. Achmetjew: «Ein Fall von Hydrophobie, der sich ohne bestimmbare Ursache bei einem 8 Jahre alten Knaben entwickelt hatte».

Ein Knabe erkrankte an Hydrophobie und ging in einigen Tagen zu Grunde. Die Diagnose fand eine Bestätigung durch Controllimpfversuche an Kaninchen.

Das Merkwürdige an dem Fall bietet der Umstand, dass anamnestisch kein Biss irgend eines kranken Thieres eruirt werden konnte. Auch die genaueste Inspection des Körpers liess keinerlei Spuren von Kratzwunden auffinden. Somit sind letztere vielleicht vor sehr geraumer Zeit vorhanden gewesen, oder aber hat der Krankheitsvirus eine andere Eingangspforte in den Organismus gehabt.

M. W. Achmetjew: «2 Fälle von ungeheuerer Weichheit der Knochen bei rachitischen Kindern».

Im ersten Falle handelte es sich um einen 1 Jahr 2 Monate alten Knaben, welcher folgende Merkmale der englischen Krankheit bot: Kyphosis, Craniotabes, Laryngospasmus, Unvermögen mit Armen und Beinen zu bewegen, zu sitzen und den Kopf zu heben. Rachitischer Rosenkranz. Er besitzt nur 2 Zähne. Habitus eines 7-monatlichen Kindes. Die Muskulatur sehr schlaff. Die Röhrenknochen der oberen und unteren Extremitäten sind verbogen, weich und biegsam. Ausserordentliche Biegsamkeit ist an den Oberarmknochen wahrzunehmen: dieselben lassen sich mit Leichtigkeit bis zum rechten Winkel verbiegen, ohne dass das Kind dabei irgendwelche Schmerzen empfindet, oder an der Biegungsstelle sich eine Fractur einstellen sollte. Sich selbst überlassen strecken sich die verbogenen Knochen alsbald wieder aus. An den unteren Extremitäten ist die Biegsamkeit der Knochen bedeutend geringer. Ausserdem war Sattelnase vorhanden. Obgleich nun Syphilis seitens der Eltern negirt wurde, glaubt A. diesen hochgradig weichen Zustand der Knochen der Rachitis, vergesellschaftet mit Lues, zuschreiben zu dürfen.

Im zweiten Falle, Knabe von 10 Monaten, der gleichfalls auch andere Anzeichen der Rachitis bot, war eine ähnlich starke Weichheit der Humeri vorhanden. Dagegen waren die Knochen der unteren Extremitäten nicht derartig beschaffen.

A. Kissel: «Acuter Pemphigus bei einem siebenjährigen Knaben. Behandlung mit solutio Fowleri. Genesung.

Hecker.

Medicinskoje Obosrenje April, Mai, Juni.

W. Potejenko: «Zur Casuistik der acuten eitrigen Prostatitis». (April-Heft).

Der Fall bietet insofern Interesse, als die eitrige Entzündung der Vorsteherdrüse nach einer acuten Gonorrhoe zu Stande gekommen war; während Schultz auf Grund eines grossen Materials behauptet hat, dass die nach Gonorrhoe auftretenden Prostatitiden nicht eitrigen Charakter annehmen.

A. Poljenow: «Ein Fall von Blasenruptur in Folge eines durch das Perineum eingedrungenen Fremdkörpers». (April-Heft).

P. Ussow: «Ein seltner Fall von Dislocation des Herzens». April.

Bei einer Frau, die anamnestisch eine schwere linksseitige Pneumonie mit Ausgang in Abscedirung durchgemacht hatte, fand Autor folgenden Status: Unterhalb der linken Scapula — eine ausgesprocheue Dämpfung, die begrenzt wird — nach vorne von der l. axill. post, nach unten von der normalen unteren Grenze der linken Lunge; nach hinten reicht das Gebiet der Dämpfung nicht ganz an die Wirbelsäule heran. Im ganzen Gebiete der Dämpfung ist eine Pulsation wahrzunehmen, der Spitzenstoss ist in der l. axill. post an der 9. Rippe zu fühlen. Hier hört man auch deutlich beide Töne, während an der normalen Stelle des Herzens keine Dämpfung vorhanden ist; die Töne sind hier kaum wahrnehmbar. Mittels Röntgen'schen Strahlen wurde diese anomale Lage des Herzens klargelegt.

W. Predtetschenski: «Ueber die günstige Beeinflussung der verschiedenen Formen des Gelenkrheumatismus durch die Moorbäder in Ssaki». (April).

S. Sajaitzki: «Einige interessante Fälle von Exstirpation Ovarial- und Uterustumoren in der Schwangerschaft». (Mai).

Der eine Fall betrifft eine Myomotomie im 4. Schwangerschaftsmonate, der 2. Fall eine Cystotomia per colpotomiam posteriorem im 3. Monate der Schwangerschaft.

J. M. Zarukow: «Zur Behandlung der falschen Gelenke, der sog. Pseudarthrosen». (Mai).

Man hat früher bei der Behandlung der Pseudarthrosen einen energischen chirurgischen Eingriffgesch eut; man wandte innere Mittel an und suchte durch starkes Aneinanderreiben der Knochenenden oder durch Electropunctur eine kräftige Callusbildung anzuregen. Auf Grund seiner Erfahrung räth Verf. in allen Fällen das Zusammennähen der Knochenenden nach der von Sklifossowski angegebenen Methode auszuführen.

A. Kissel: «Ueber den infectiösen Icterus bei Kindern». (Mai).
Im Verlaufe von 6 Jahren hat Autor 96 Fälle von infectiösem Icterus bei Kindern von 1—14 Jahren beobachtet. Einige Fälle, die sehr leicht verliefen, konnten zwar als catarrhalischer Icterus betrachtet werden, doch erkennt Autor eine scharfe Grenze zwischen diesen beiden Formen nicht an, so dass er die leichten Fälle auch zum infectiösen Icterus zählte. Die grösste Zahl der Erkrankungen fiel auf die Herbst- und Wintermonate, also zu einer Zeit, wo Magen-Darmkrankheiten seltner auftreten. Die vom Verf. beobachteten Fälle werden in 3 Gruppen eingetheilt. 1) sehr schwere Form mit lethalem Ausgange (6 Fälle). 2) Nicht besonders schwere Fälle mit deutlichen Symptomen eines infectiösen Leidens, günstiger Ausgang. 3) Leichte Fälle, von denen einige das Bild eines einfachen catarrhalischen Icterus zeigten. Der Beginn der Erkrankung war selten schleichend; gewöhnlich stellte sich ganz plötzlich bei den vorher ganz gesunden Kindern Fieber ein, häufig Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Erbrechen; der Icterus setzte am 3—4—7. Krankheitstage ein. Die von Hennig und Meinert angegebene Eintheilung der Krankheit in 2 Perioden: die erste — mit Fieberbewegung ohne Icterus, die zweite — mit Icterus ohne Fieber konnte im Grossen und Ganzen auch Kissel bestätigen. Die icterische Verfärbung der Haut und der Schleimhäute schwand nur ganz allmählich, binnen 3—4—8 Wochen. Klagen über lästiges Hautjucken bestanden nicht. Im Harn fanden sich Gallenpigmente, doch wurde der Harn hell noch während des Bestehens des Icterus. Nur in 3 Fällen constatirte K. Albuminurie, jedoch ohne Formelemente. Auch die Faeces blieben nicht lange ungefärbt: Durchfälle bestanden selten. Die Leber und die Milz waren deutlich palpabel, vergrössert und, namentlich, erstere auf Druck schmerzhaft: Pulsverlangsamung constatirte K. nur in 3 Fällen. — In den sehr schweren Fällen, die lethal endeten, beobachtete K. eine Reihe von nervösen Anfällen, die an Cholaemie erinnerten: Verlust des Bewusstseins, Delirien, starke Unruhe, allgemeine Convulsionen, Störungen der Respiration. Bei der Prognose räth Kissel grosse Vorsicht walten zu lassen, da zuweilen leichte Fälle in schwere übergehen können; dies ist namentlich der Fall bei schwachen, blutarmen Kindern; kein gutes Omen geben die Fälle, wo der intensive Icterus sich lange hält und dabei die Kinder rasch von Kräften kommen, ferner, wo Aufregungszustände sich bemerkbar machen. In der Behandlung ist Verf. Anhänger einer anhaltenden Calomeltherapie, er verordnet 0,02–0,06 4 mal täglich im Verlaufe von 10 Tagen; später verordnet er Alkalien. Zu beherzigen sei die in jüngster Zeit von Leick empfohlene Behandlungsmethode: häufiges Trinken von abgekochtem Wasser und subcutane Kochsalzwasserinfusionen.

B. Wermel: «Icterus neonatorum von anatomischer und klinischer Seite». (Mai).

Die eingehenden Studien des Verf. haben recht interessante Daten ergeben. Was zunächst das Zustandekommen des Icterus anlangt, so erklärt es W. auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen folgendermassen: Da die Leber schon im foetalen Leben functionirt, so ist es leicht verständlich, dass schon frühzeitig Galle secernirt wird. Geht die Geburt des Kindes ganz normal von statten, so wird die Galle rasch in den Darm entleert; im entgegengesetzten Falle, namentlich, wenn Bedingungen vorhanden sind, die die Respiration und Circulation erschweren, tritt in der Leber eine venöse Hyperaemie ein und gleichzeitig damit eine Stauung von Galle; letztere wird noch verstärkt durch den Umstand, dass nach der Aufnahme der ersten Nahrung, eine verstärkte Gallebildung sich geltend macht. Es ist somit der Icterus der Neugeborenen — ein einfacher Stauungsicterus. Im Harn findet man sowohl Gallenpigmente, als auch Gallensäuren, wenn auch in sehr geringen Mengen, weil eben ihre Quantität von der Menge der in's Blut übergehenden Galle abhängt und weil ein Theil der Pigmente von den Nieren zurückgehalten wird (wesshalb auch die Bildung von Bilirubin-Infarcten). Dass die Stühle nicht farblos sind erklärt sich dadurch, dass ein Theil der Galle doch noch in den Darm gelangt, dann können auch die Stühle durch Meconium gefärbt sein. Das Fehlen der icterischen Verfärbung der Leber erklärt sich dadurch, dass durch den starken Blutgehalt der Leber, die Verfärbung sich nicht geltend machen kann; bei der mikroskopischen Untersuchung gelingt es immer in den Leberzellen Gallenpigmente nachzuweisen. Was die zum Zustandekommen des Icterus praedisponirenden Momente anlangt, so fand W. Folgendes:

1. Die Dauer der Geburt. 1) bei weniger als 6 Stunden dauernder constatirte er Icterus neonatorum in 19,5%, 2) bei einer Dauer von 6—12 Stunden in 52,09%. 3) von 12—30 Stunden in 9,82% (?) und 4) länger als 30 Stunden in 74 28%.

2. Starke Blutungen während des Kreissens, sehr schmerzhafte Wehen constatirte W. in 20 Fällen und in 15 Fällen davon war Icterus bei den Neugeborenen aufgetreten.

3. Bei Steisslage fand W. in 95,5% aller Fälle Icterus. Unter 23 Fällen von Zangengeburten war Icterus in 78% vorhanden; in 4 Fällen von Wendungen trat in 100% Icterus auf. — Bei Erstgebärenden werden die Kinder viel häufiger icterisch (67%), als bei Mehrgebärenden. Ferner ist von Wichtigkeit der Entwicklungszustand des Neugeborenen, je weniger dieser entwickelt ist, um so häufiger wird er icterisch. Von 42 asphyktisch geborenen Kindern wurden 41 (97,6%) gelbsüchtig.

E. Brussilowski: «Ueber die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus». (Mai).

Uebersicht aller üblichen Behandlungsmethoden nebst Beschreibung der Therapie an den Limanen.

W. Mlodsejewski: «Zur Casuistik der miliaren Carcinomatose». (Mai).

Eine 51-jährige Frau wurde wegen rasch fortschreitender Cachexie in das Moskauer Marienhospital aufgenommen. Es liess sich keine Ursache für die Cachexie entdecken. Kurze Zeit vor dem Tode klagte die Patientin über starke Schmerzen in den Beinen, dabei stellte sich solch eine starke Hyperaesthesie ein, dass selbst das leise Anrühren schon Schmerzen hervorrief. Bei der Autopsie fand man die Pia des Hirns mit zahlreichen, kleinen runden Knötchen besäht, die sich als kleinzellige Carcinome erwiesen, dieselben fanden sich besonders zahlreich in der Nähe der sensiblen Wurzeln. Auch auf der Pleura und der Leber fanden sich stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse Knötchen. Ein primaeres Carcinom konnte nirgends entdeckt werden.

A. Ljantz: «Ueber die Färbung des gonorrhoischen Secrets mit einem Gemisch von Anilinfarben». (Juni).

Als beste Methode zur Färbung des Trippersecrets erwies sich dem Autor ein Gemisch von Tionin und Fuchsin (im Verhältniss von 4:1) in gesättigter Lösung von 2%-iger Carbolsäure. Die Gonococcen nehmen das Tionin auf, das Zellprotoplasma dagegen das Fuchsin, während die Kerne sowohl vom Tionin, als auch vom Fuchsin gefärbt werden. Die Gonococcen werden blau gefärbt, das Zellprotoplasma intensiv roth und die Kerne bläulich-roth.

B. Drobny: «Der Verlauf der Gonorrhoe in Abhängigkeit von der Localisation der Gonococcen». (Juni).

Podres hat bereits 1885 behauptet, dass der leichtere oder schwerere Verlauf der acuten Gonorrhoe abhängig sei von der Localisation der Neisser'schen Gonococcen innerhalb oder ausserhalb der Eiterzellen. Autor hat nun an einem grossen Material diese Behauptung von Podres nachgeprüft und bestätigt. Diejenigen Fälle, bei denen die Gonococcen im freien Zustande, ausserhalb der Eiterzellen gefunden worden waren,



nahmen einen schweren Verlauf und waren von Complicationen begleitet. Drobny meint, dass man auf Grund der mikroscopischen Untersuchung des Trippersecrets eine richtige Prognose stellen könne. Diejenigen Fälle, wo die Coccen im freien Zustande gefunden werden, müssen ein «noli me tangere» für die active Therapie abgeben. Befinden sich, dagegen, die Gonococcen innerhalb der Eiterzellen, so kann man ruhig sofort Injectionen verordnen.

W. Krutowski: «Ein seltener Fall von gleichzeitigem Erscheinen der Symptome des condylomatösen und des gummösen Stadien der Syphilis». (Juni).

J. Astrachan: «Ueber Varicellen bei Erwachsenen und bei Kindern». (Juni).

Nichts neues.

W. Bart: «Zur Casuistik der radicalen Operation der Brüche». (Juni).

M. Mironow: «Beobachtungen über die Wirkung des flüssigen Extracts der Baumwollenstrauchwurzel». (Juni).

Die Versuche des Verf. mit dem Extractum fluidum gossypii führten zu folgenden Schlüssen. Das Extract ruft durchaus nicht solche Uteruscontractionen hervor, die im Stande sind die Schwangerschaft zu unterbrechen, es kann somit nicht als Mittel zur Hervorrufung eines Abort aufgefasst werden. Auch bei eintretendem Geburtsact wirkt es nicht wehenverstärkend; ebenso wirkungslos erweist es sich gegen mangelhafte Rückbildung des Uterus im Wochenbett. Bei einer Tagesdosis von 20 Theelöffel im Verlauf von 2—3 Tagen treten keine Vergiftungserscheinungen auf; bei noch grösseren Gaben beobachtet man Kopfschwindel, Brennen in der Magengrube (wie bei grossen Alkoholgaben). Auch kann das Extract theelöffelweise lange Zeit angewandt werden. Einen eclatanten Erfolg erzielt man mit dem Mittel (3—4 Dessertlöffel täglich im acuten und 3—4 Theelöffel im chronischen Stadium) bei Uterusmyomen, die mit Entzündungsprocessen im Beckenbindegewebe, in den Parametrien und den Uterusadnexis einhergehen, indem die abundanten Blutungen rasch eingestellt werden. Ueberhaupt ist, nach den Erfahrungen des Verfassers, das Extractum gossypii indicirt bei allen Metrorrhagien entzündlichen Ursprunges. Es wirkt dabei nicht auf den neuro-musculären Apparat des Uterus, sondern auf das Gefässsystem.

Abelmann.

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku. 1898. (Januar—April).

G. Griwzow: Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten in der Sewastopoler Abtheilung der Schwarzmeerflotte». (Januar).

In Folge Durchführung strenger hygienischer Maassregeln, genauer medicinischer Besichtigung und Bekanntmachung der Mannschaften mit den venerischen Krankheiten durch populäre Vorträge konnte ein erfreulicher Rückgang der Geschlechtskrankheiten von 877 im Jahre 1893 auf 556 im Jahre 1894 constatirt werden. Besonders stark nahm die Zahl der mit weichem Schanker Inficirten ab, sie belief sich auf 70 (im Vorjahre 297), Lues sank von 184 auf 146, Tripper von 396 auf 340 (betrug also 61 Proc. aller Erkrankungen). Im allgemeinen betrug die Zahl der venerischen 25 Proc. aller im Sewastopoler Marinehospital verpflegten Kranken, im Vorjahre 45 Proc.; und das ungeachtet der steten Vermehrung der Marinetruppen.

R. Glowetzky: «Ueber die Wirkung der Bauchmassage auf den Blutdruck». (Januar. Februar).

Autor machte seine Versuche an Hunden, die theilweise kurarisirt, theilweise chloroformirt wurden, wobei er zuerst eine Erhöhung des Blutdrucks erhielt, die später in eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Depression überging.

A. Ponjatowski: «Historisch kritischer Ueberblick über die Lehre von der Pathogenese der Tabes». (Januar, Februar, März).

Auf Grund der sorgfältig besprochenen einschlägigen Literatur kommt P. zum Resultat, dass die Ursache der Tabes ein im Blut circulirendes Gift sein müsse. das wahrscheinlich vom Organismus selbst ausgearbeitet wird und dass die Syphilis, ebenso wie andere Schädigungen nur ein die Autointoxication begünstigendes Moment ist.

L. Pawlowski: «Ein Fall von Erb'scher Spinalparalyse nicht syphilitischen Ursprungs». (Januar).

P. beobachtete obigen Fall im Sewastopoler Marinehospital, wo der Patient (Matrose) mit spastischer Parese der Beine, geringer Rigidität der Muskeln und Blasenlähmung bei erhaltener Sensibilität Aufnahme fand. Die Erkrankung begann im Februar 1896, zu welcher Zeit der Patient mit Herpes corneae, Parese des rechten Beines und leichten Blasenstörungen im selben Hospital lag. Im April desselben Jahres wurde er wieder mit einem harten Schanker aufgenommen und nach einiger Zeit stellten sich Secundärerscheinungen ein. Der Beginn der Paralyse war also unabhängig von der Infection mit Lues. Eine energische antiluetische Kur hatte keinerlei Erfolg auf die Nervenerkrankung. Die genau erhobene Anamnese gab keine Anhaltspunkte für die Entstehung der Krankheit.

W. Hiltebrandt: «Ein Fall von Anwendung des Sperminum-Poehl im Petersburger Marinehospital». (Januar).

Bei einem durch schweren Abdominaltyphus heruntergekommenen Patienten, der im 6. Monat nach Beginn des Typhus in die Abtheilung des Verf. übergeführt wurde und hier nach 4 Monaten trotz aller diätetischen und medicamentösen Therapie sich nicht erholen konnte, versuchte Verf. Injectionen von Spermin. Nach 25 solchen Injectionen besserte sich das Allgemeinbefinden, die Schwäche wich, Patient konnte aufstehen und nahm an Gewicht zu. Nachdem die Injectionen ausgesetzt worden waren, verschlechterte sich wieder der Zustand. Ein erneuerter Turnus von 20 Injectionen brachte dem Kranken wieder Besserung.

Verf. kann einen günstigen Einfluss des Spermins in diesem Fall nicht leugnen und möchte es angewandt wissen, wo bei Fehlen von tieferen Degenerationsprocessen der inneren Organe, durch die Folgen einer Infectionskrankheit oder deren Toxine die Lebenskraft der Gewebe darniederliegt und diese durch das oxydirende Spermin von neuem geweckt wird.

K. Morkotun: «Das Phonendoskop». (Bianchi).

Nach Schilderung des Apparates und seiner Anwendungsweise empfiehlt. M. denselben besonders schwerhörigen Aerzten und als Unterstützung des Stethoskops. Für die Perkussion hat das Phonendoskop nur geringe Bedeutung.

N. Uskow: «Der Abdominaltyphus im Petersburger Marinehospital während der Jahre 1893—1896». (Februar).

Während dieser Periode starben in der II. Woche 23,4 Proc., in der III. Woche 31,9 Proc., in der IV. und später 44,6 Proc., aller am Typhus Gestorbenen. Von allen Typhuskranken starben während dieser Zeit 12,6 Proc., was die auch anderwärts gemachte Erfahrung bestätigt, dass nämlich die Sterblichkeit am Typhus in den letzten Jahren eine hohe war. Während in früheren Jahren die häufigste Todesursache der Typhösen (21,6 Proc.) eine Complication mit croupöser Pneumonie war, wurde diese in den Berichtsjahren nur bei 10 Proc., der Gestorbenen constatirt, dagegen war bei 19 Proc., (!) Pyaemie die Todesursache. Letzteres Moment spricht nach des Verf. Meinung für nothwendigen Umbau des Hospitals.

W. Aristow: «Bericht über eine Auslandsreise». (Februar—April).

A. von Schröder: «Ueber Bandwurmkrankheit in Petersburg». (Februar).

Von 1891 bis 1897 fand Verf. bei 82 Patienten Bandwürmer. Darunter waren 34 Mal Bothriocephalus latus, 43 Mal Taenia saginata und nur 5 Mal Taenia solium vorhanden.

N. Jessipow: «Bericht über die Taucherschule des Kronstädter Hafens während des Lehrjahres 1896—1897». (März)

Verf. giebt einen Ueberblick über die Beschäftigungen dieser im Jahre 1896 gegründeten und 79 Zöglinge zählenden Schule.

O. Suchow: «Xeroform bei weichem Schanker». (März).

Verf. hatte Gelegenheit Xeroform in vielen Fällen von weichem Schanker anzuwenden und sah dabei wenig gutes: der Zerfall des Geschwürs hörte nicht nur nicht auf, sondern wurde sogar stärker, so dass wieder auf Jodoform übergegangen werden musste.

A. Tschemolossow: «Ophthalmologische Kasuistik». (April).

In der Augenabtheilung des Petersburger Marinehospitals beobachtete T. folgende seltenere Augenerkrankungen: 1) Herpes Zoster der Cornea; 2) Keratitis dendritica (Emmert),

welche auch T. für eine selbstständige und keine Form von Herpes hält (der Patient war weder tuberkulös noch skrophulös); 3) Ophthalmia electrica, die sich in tiefer pericornealer Injection, leichter Chemose und Lichtscheu äusserte; 4) 2 Fälle von Durchgang von Luft durch die Thränenkanälchen bei Nasenverschluss und gleichzeitiger Exspiration, als Folge von unvollständiger Verheilung der fracturirten Wände des Thränennasengangs.

K. Morkotun: «Lactophenin bei Typhus und anderen fieberhaften Erkrankungen». (April).

Bei 15 Kranken (Typhus abdominalis, Influenza, Gelenkrheumatismus, Bronchitis, Pleuritis) erfolgte nach einmaliger oder wiederholter Darreichung von 0,5 Lactophenin eine allmäliche Herabsetzung der Temperatur, die auch längere Zeit andauerte. Zugleich wirkte das Mittel antineuralgisch und sedativ. Eine specifische Wirkung kommt ihm nicht zu.

Weyert.

Eshenedelnik Nr. 16—25 incl.

F. Ssuchomlin: «Euchinin bei Malaria». (Nr. 16).

Verf. wandte das Euchinin bei Malaria bei Kindern an in 20 Fällen, von denen 11 Fälle typisch waren. Die Dosis betrug pro Jahr 0,06. Die Wirkung ist keine so energische wie beim Chinin, die Anfälle kehrten öfters 1—2—3 mal wieder aber in schwächerem Maasse, vielleicht wegen der etwas kleinen Dosis.

M. Stern: «Ein Fall von Melaena neonatorum». (Nr. 16).

Ein asphyctisch geborenes, aber bald wieder belebtes Kind bekam am zweiten Tage nach der Geburt blutige Stühle und Blutbrechen. Anfangs war das Blut mit Meconium vermengt, später wurde flüssiges Blut entleert. Das Kind machte den Eindruck eines ausgetragenen, war stark anaemisch, Geräusch an der Mitralis, Temperatur 36,4. Leib etwas aufgetrieben, Milz etwas vergrössert. Dem Kinde wurden kalte Compressen auf den Leib gelegt, auf Eis abgekühlte Milch gegeben, Secale in refracta dosi, später Liq. ferri sesquichlor. 1 Tropfen verordnet. Die Blutung hörte bald auf und das Kind genas. Als aetiologisches Moment führt Verf. die zu frühe Unterbindung des Nabels an, (die Hebamme hatte zum Zwecke der Wiederbelebung den Nabel sofort nach der Geburt unterbunden) die eine Hyperaemie der Darmschleimhaut zur Folge haben kann — ein anderer aetiologischer Grund ist nicht zu eruiren.

S. Jaroschewsky: «Ueber traumatische Neurosen». (Nr. 17).

Beim Zusammenstoss eines Eisenbahnzuges erlitt ein Beamter ein Trauma an der rechten Schläfe und an der linken Thoraxhälfte. Bald darauf stellte sich Anaesthesie und Analgesie der Schädeldecke, des Nackens, des Rückens, der Oberarme, des Kreuzes ein. Ein auf diesem Gebiete mit einer Bleifeder ausgeführter Strich wurde sofort als roth gezeichnete Linie sichtbar. Im Uebrigen ausser einer Herabsetzung des Knieereflexes keine abnormen Erscheinungen. Verf. glaubt die Erscheinungen durch eine Functionsstörung der centralen sensiblen Centren, hervorgerufen durch ein Trauma, erklären zu müssen.

J. Bronstein: «Ueber die späte Anwendung des Diphtherieheilserums». (Nr. 18).

In Ermangelung eines frisch hergestellten Serum sah sich Verf. genöthigt einem dreijährigen Kinde am sechsten Tage der Erkrankung wegen Larynxdiphtherie Injectionen von Diphtherieheilserum zu machen, das vor 16 Monaten hergestellt und trübe geworden war. Das Kind genas.

A. Matussowsky: «Rechenschaftsbericht über den Krankenbestand der Augenabtheilung aus dem Nicolai-Marinehospital». (Nr. 19).

Tabellarische Uebersicht.

W. Klewesal: «Diphtherie und Heilserum». (Nr. 20).

K. giebt eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Anschauungen, über den Verlauf der Diphtherie, vornehmlich nach russischen Autoren.

A. Abramowitsch: «Ueber die Nebenwirkungen des Dermatols». (Nr. 21).

In der Literatur hat Verf. nur eine Notiz gefunden, die von den unangenehmen Nebenwirkungen des Dermatols handelt. Verf. behandelte ein ulcus molle mit Dermatol, am Tage darauf trat in der Umgebung Röthung Schmerzhaftigkeit ein, die zunahm, so dass von der Anwendung des Dermatols abgesehen werden musste. Ein anderes Mal rief dieses Mittel bei einer Balanitis gonorrh. heftige Reizerscheinungen hervor, so dass A. Dermatol bei Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane nicht mehr empfiehlt, wiewohl er dasselbe in anderen Fällen mit Nutzen anwendet.

B. Liokumowitsch: «Ein Fall von Drüsenfieber». (Nr. 22).

Ein 6-jähriges gut entwickeltes Kind erkrankte nach Ablauf von Masern mit Fieber und progressiv zunehmender Schwellung der Halsdrüsen beiderseits. Das allgemeine Krankheitsbild machte den Eindruck einer schweren acuten Erkrankung so dass Verf. an Pseudoleucämie oder Tuberculose dachte. Allein die Abwesenheit anderer objectiver Erscheinungen, die zunehmende Besserung des Allgemeinzustandes und die Abnahme der Schwellung der Halsdrüsen liess nachträglich den Fall als einzig mit der Lymphdrüsenentzündung im Zusammenhang stehende erkennen. Verf. weist darauf hin, dass diese Krankheitsform in der Literatur wenig beschrieben wird.

S. Rawnitzky. «Ein Fall von Erythem nach Antipyrin» (Nr. 22).

Ein 28-jähriger Mann bekam ¼ Stunde nach Einnahme von Antipyrin 0,3 einen nesselartigen Ausschlag, der alsbald verging. Es wurde Chinin wegen Kopfschmerzen verordnet, da jedoch dieses ohne Erfolg blieb, wiederum ohne Wissen des Pat. Antipyrin ordinirt, worauf alsbald wieder der Ausschlag auftrat.

S. Rawnitzky: «Hautparasiten». (Nr. 22).

Bei einer 50-jährigen Bäuerin bemerkte R. auf der rechten Seite des Gesichtes eine von der Stirn über die Schläfe und Wange ziehende leicht gezackte, etwas erhabene, röthliche Linie, die bläschenförmig unter dem Mundwinkel endete. Beim Aufschneiden dieses Bläschens entleerte sich ein rundlicher Körper von grauer Farbe von der Grösse eines Hanfkornes, Verf. glaubt, dass es sich um den von Chlodkowsky beschriebenen Gastrophilus pecoris sive haemorrhoidalis handelt.

G. Karageosanz: «Ueber die aetiologische Bedeutung der Erkrankung der Tonsillen bei der Entstehung einiger Krankheiten» (Nr. 23).

In der Literatur finden sich Fälle angegeben, wo nach überstandener Angina sich an entfernten Organen pathologische Processe abgespielt haben, die mit der Angina in aetiologischem Zusammenhang stehen, z. B. der Gelenkrheumatismus, Endocarditis, eitrige Pleuritis etc. Verf. führt einige Fälle an, die gleichfalls zu den Complicationen der Angina gehören. Fall I: Nachdem eine 24-jährige, vorher gesunde Frau eine phlegmonöse Angina mit Abscedirung durchgemacht, schloss sich in der Reconvalescenzzeit im Anschluss an ein Trauma (Fall auf das rechte Knie) Schwellung dieses Gelenkes mit entzündlichen Erscheinungen an. Bald darauf schwoll das andere Kniegelenk und schliesslich alle anderen Gelenke an. Nach wochenlanger Behandlung genas Pat. Erkrankungsfälle unter dem Bilde eines acuten Gelenkrheumatismus werden noch zwei angeführt. Zwei andere Beobachtungen bezogen sich auf je einen Fall von eitriger Pleuritis u. Icterus mit Vergrösserung der Leber ohne Fieber.

A. Mostkow: «Ein Fall von Malaria perniciosa tetanica» (Nr. 24).

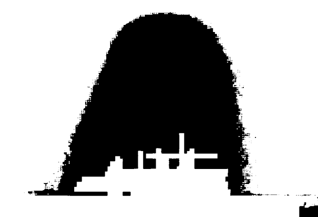
Ein aus Batum angereister Bauer bot nach 7-tägigen Krankenlager folgendes Bild: Bewusstlosigkeit, T. 37.5 im Rectum gemessen, Puls 85 regelmässig, reactionslose weite Pupillen, Kiefer zusammengepresst, Musc. masset. bretthart, alle Muskelgruppen mit Ausnahme der Rücken- und Athemmuskel in tonischer Contraction. Herz, Lunge gesund, Milz stark vergrössert. Es wurde Chin. bimuriat. carbamidat. 2,0 : Aq. steril 4,0 zu subcutanen Injectionen verordnet. Per exclusionem u. ebenso ex juvantibus wurde ein Malariaanfall angenommen, auch in Hinblick darauf, dass Malaria in jener Gegend mit den seltsamsten Complicationen vergesellschaftet vorkommt. Pat. kam bald darauf zu sich und genas.

A. Danzig: «Auf trophoneurotischer Basis entstandene Oedeme» (Nr. 25).

Eine 22-jährige Jüdin aus einer neuropathisch veranlagten Familie litt nach einer fieberhaften Affection, die Verf. nicht behandelt hat, an einem recht beträchtlichen Oedem der linken unteren Extremität und der linken Kreuzbeingegend. An den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen, kein Eiweiss, genügende Harnmengen. Paraesthesie der vom Oedem betroffenen Partie, Schmerz- und Tastempfindung erhöht, ebenso die faradische Erregbarkeit. Daneben häufiger Kopfschmerz, Ausfallen der Haare, Wechsel der Gesichtsfarbe bei dem geringsten psychischen Affect. Verf. schliesst die Entstehung von Oedemen mechanischen und localentzündlichen Ursprungs aus, ebenso als Folge von Hydraemie oder einer Erkrankung des centralen und peripheren Nervensystems. Per exclusionem wird Oedem auf tropho-angio neurotischer Basis angenommen. Unter Massagebehandlung und Jodnatron mit Bromkali wurde nach 4 Wochen Heilung erzielt.

Lingen.

Дозв. ценз. Спб. 22 Августа 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.



Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 8. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschnaja gaseta Botkina 1898. Nr. 16—22.

A. Lewin: «Ueber Streptococcenpneumonie». (Nr. 16).

Bei Analyse von 3 vom Verf. genauer mitgetheilten Fällen kommt er zu folgendem Ergebniss: die Temperatur hält bei Streptococcenpneumonien einen mehr oder weniger intermittirenden Charakter ein, wobei wiederholt Schüttelfrost und Schweiss auftritt. Die Dauer der Krankheit war 1 bis 2 Monate. Die Untersuchung des Auswurfs und der durch Punction der Milz gewonnenen Flüssigkeit ergab Streptococcen. Im übrigen gleichen das klinische Bild und die physikalischen Erscheinungen der Bronchopneumonie.

B. Feinberg: «Zur Kasuistik der Vulvovaginitis gonorrhoica im Kindesalter». (Nr. 16, 17).

Bei einem 6½-jährigen Mädchen, das von seiner Mutter inficirt wurde, entwickelten sich circa 2 Wochen nach Beginn einer gonorrhoischen Vulvovaginitis peritoneale Symptome mit hohen Temperaturen, an denen das Kind nach 5 Tagen starb. Verf. zweifelt nicht daran, dass die Peritonitis gonorrhoischen Ursprungs war, obgleich die Wege der Infection des Peritoneums von der Vagina aus noch vorläufig nicht genau erforscht sind. Immerhin scheint eine Uebertragung durch das subepitheliale Gewebe auf dem Wege der Lymphbahnen am nächsten liegend. Zum Schluss lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Gonorrhoe bei Kindern.

P. Borissow: «Ueber den Molekularzustand in den sogen. Colloidlösungen, speciell den Fermentlösungen». (Nr. 17).

Auf Grund seiner genauen Untersuchungen stellt B. die Behauptung auf, dass die Lösungen der Colloidsubstanzen keine wahren Lösungen sind, da die Moleküle in ihnen nicht frei, sondern in Gestalt von Fäden angeordnet sind, in Folge dessen ihnen keine Diffusionskraft innewohnt und die Diffusion unmöglich ist. Das, was man Fermentlösungen nennt, ist eine Lösung seiner Muttersubstanz (des Zymogens), das Ferment selbst stellt eine wandelbare, sich abspaltende Gruppe dar, die sich mit dem zu verdauenden Object vereinigen kann oder zerstört wird.

J. Grekow: «Ueber die arthropathia tabetica». (Nr. 18—22). Schluss folgt.

K. Kiparski: «Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der acuten und chronischen Alkoholvergiftung auf die Wundheilung». (Nr. 18, 19).

Die an Kaninchen ausgeführten Untersuchungen bestätigten die bereits bekannte klinische Beobachtung am Menschen. Unter dem Einfluss der acuten und chronischen Alkoholvergiftung verzögerte sich die Wundheilung bedeutend in Folge Herabsetzung der vitalen idioplastischen Energie der Gewebe. Dazu kommen Circulationsstörungen in der Umgebung der Wunde, die sich in starker Erweiterung der Capillaren und Diapedese der rothen Blutkörperchen äusserten.

W. Nikulin: «Pleuritis syphilitica». (Nr. 18).

Der 42-jährige Pat. hatte vor 20 Jahren Lues acquirirt, die nach specifischer Behandlung ohne weitere Folgen verging. Einige Tage vor der Untersuchung durch N. war Pat. an Schmerzen in der linken Seite und leichter Temperaturerhöhung erkrankt. Die Untersuchung ergab eine trockene linksseitige Pleuritis bei verhältnissmässig geringer Dyspnoe und subfebriler Temperatur. Auf Grund der Anamnese, der erfolgreichen specifischen Behandlung der Pleuritis und zweier bereits früher von demselben Verf. beobachteter Fälle hält er die Diagnose Pleuritis syphilitica für gesichert.

S. Michnow: «Ueber Eklampsie in klinischer Beziehung». (Nr. 19—22). Schluss folgt.

S. Wulfsohn: «Die Funktion der Speicheldrüsen». (Nr. 20).

Verf. untersuchte die Secretionsthätigkeit der Sublingualis, Submaxillaris und Parotis. Erstere beide secerniren bei Aufnahme von Nahrung einen mehr oder weniger mucinhaltigen Speichel in Abhängigkeit vom Wassergehalt der Nahrung. Der Procentgehalt an festen Theilen wächst dabei mit der Secretionsgeschwindigkeit. Werden dagegen Substanzen eingeführt, die unverdaulich sind oder schädlich wirken, wird ein sehr wasserreicher Speichel secernirt, der die Aufgabe hat, diese Substanzen möglichst schnell zu entfernen. Aehnlich funktionirt die Parotis, nur dass ihrem Secret das Mucin fehlt und dass bei Einführung von Säuren ein eiweissreiches Secret geliefert wird, dem offenbar die Aufgabe zufällt, die Säuren zu binden.

S. Mark: «Die Pest in Sinda 1896—1897». (Nr. 21, 22). Schluss folgt.

J. Gattowski: «Ein Fall von Lipoma arborescens der Gelenke und Schleimbeutel». (Nr. 22).

Bei einem 11-jährigen Mädchen, das acut erkrankt war, am 2. Krankheitstage besinnungslos wurde und Gelenkschwellungen an Armen und Beinen aufwies, am 3. Tage in das Krankenhaus aufgenommen wurde und am folgenden Tage starb, fand G. in allen grösseren Gelenken polypöse Wucherungen und theilweise seröseitrige Ergüsse; der Herzbefund scheint negativ ausgefallen zu sein. Der Erkrankung waren wiederholte Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus vorausgegangen.

Weyert.

Westnik Oftalmologii. Mai—Juni. 1898.

F. O. Ewetzki: «Weitere Untersuchungen über die intraocularen Sarkome».

Mikroskopisch-anatomische Untersuchung weiterer vier Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um ein partielles flaches Sarkom der Aderhaut. Im Mai 1886 wandte sich der 49 a. n. Pat. an Prof. Krükow, weil ihn das erblindete rechte Auge schmerzte. 1877 war auf diesem Auge von Dr. Magawly eine Netzhautablösung constatirt worden. Das schmerzhafte und harte Auge — Secundärglaucom — wird enucleirt. Im April 1897 also 9 Jahre nach der Enucleation findet sich ein Sarkomrecidiv in der Augenhöhle. Der zweite Fall bot ein theilweises flaches Sarkom des Ciliarkörpers und der Aderhaut. Der dritte Fall war ein diffuses Sarkom der Iris und des Corp. ciliare. 1881 hatte sich die Pat. bereits vorgestellt und war damals auf der Iris des rechten Auges ein kleiner schwärzlicher Tumor constatirt worden. Der Tumor hatte sich nach Angabe der intelligenten Pat. aus einem schwarzen Flecke im Laufe von 7 Jahren entwickelt. 1894 wurde dieser Tumor excidirt und die mikroskopische Untersuchung ergab ein Sarkom. 1895 wurde dann das intraoculare Recidiv bemerkt und das Auge enucleirt. Der letzte Fall: ein begrenztes Melanosarkom der Iris, welches heraus iridectomirt wurde. Die Beschreibung der Befunde muss nachgelesen werden.

J. Warschawsky: «Die Resultate der Augenuntersuchungen an den Schülern des Gymnasiums zu Kutais».

572 Schüler, darunter 372 eingeborene Imereten, 181 Russen und 19 Juden. 26,05 Proc. Ametrope. H. 14,5 Proc. M. 7,6 As. 4,8 Proc. W. giebt selber zu, dass die Zahl der Weitsichtigen factisch wohl grösser sein dürfte. 70,9 Proc. hatten volle Sehschärfe. Unter den Eingeborenen gab es 5,6 Proc. Kurzsichtige, unter den Russen 10,7 Proc. unter den Juden 21,05 Proc. Zu betonen ist, dass die Eingeborenen in erster, höchstens zweiter Generation eine systematische Schulbildung geniessen.

K. Snegirew: «Ueber den Einfluss des Holocain's auf die Diffusion aus dem Conjunctivalsack in die vordere Augenkammer».

Die calorimetrische Methode Belljarminow's mit Fluorescin wurde angewandt. (Graefes Archiv). Er hat in allen seinen Versuchen gefunden, dass unter der Wirkung von Holocain die Diffusion eine verstärkte ist. Bei Cocain ist

die Diffusion schwächer. W. empfiehlt den Alcaloiden, welche in der Augenheilkunde gebraucht werden Holocain zuzusetzen, um die Wirkung der Acaloide zu verstärken.

J. Warschawsky: «Ein Fall von haemorrhagia praeretinalis».

Bei einer jungen gesunden Bonne trat im Gebiet des gelben Flecken eine Blutung nach Erbrechen auf.

J. Günzburg: «Seröse Cyste in der Orbita».

Eine 33 a. n. Frau zeigte rechts eine geringe Ptosis und kugelig vorgewölbtes oberes Lid. Bei geradem Blick ragt unter dem Rande des oberen Lides auf die Hornhaut herab eine sackartige Geschwulst. Die Bindehaut ist über der Geschwulst verschieblich. Die Geschwulst geht von der Uebergangsfalte aus. Es ist also eine subconjunctivale Cyste von der Grösse eines Taubeneies. Die Operation ergab den rein serösen Charakter, kein Echinococcus.

J. Günzburg: «Primärkrebs der Conjunctiva Bulbi».

Der Tumor sass im inneren Augenwinkel zwischen Caruncula und Limbus Corneae 2 malige Operation. Mikroskopische Untersuchung.

W. Dershawin: «Harter Schanker der Bindehaut am oberen Lide».

Lues geläugnet, will auch keinerlei Verkehr mit Frauen gehabt haben. Ist wegen Trachom behandelt worden — ausquetschungen! D. meint Instrumente oder Hand der Behandelnden müssen hier die Infection vermittelt haben.

J. Günzburg: «Primäre Tuberkulose der Regenbogenhaut».

Eine Operation sowie bacteriologische Untersuchung fand nicht statt. Der Fall ist durchaus nicht überzeugend.

G—n.

Wratsch 1898. Nr. 14—26.

W. Lesin: «Zur Frage der Gehirnverletzungen bei offenen Schädelbrüchen». (Nr. 14).

Auf Grund 2 von ihm beobachteter Fälle glaubt L., dass bei frischen, offenen Brüchen der Schädelknochen die Wunde vor Allem chirurgisch untersucht und darauf sorgfältig desinficirt werden muss. Dadurch erreicht man gute Resultate sogar in Fällen, die anfangs hoffnungslos erscheinen.

S. Korshenewski: «Die Milchsäure bei eitriger Keratitis». (Nr. 14).

Die Milchsäurebehandlung der Hornhautgeschwüre wurde zuerst von Dolshenkow 1894 vorgeschlagen. Von einer 50 pCt. Milchsäurelösung werden dabei einige Tropfen mittelst eines Holzstäbchens auf das Geschwür aufgetragen. Im Laufe von 3 Jahren hat Verf. 150 Fälle eitriger Hornhautentzündung mit Milchsäure behandelt und bekam dabei sehr günstige Resultate. Die Wirkung der Milchsäure äussert sich: 1) Das Hornhautgeschwür bedeckt sich nach der Milchsäureätzung mit einem dünnen weissen Schorfe, der nach 4—5 Tagen abfällt und einen reinen Geschwürsgrund hinterlässt. 2) Das Hypopyon wird bald nach der Aetzung, zuweilen schon am nächsten Tage, resorbirt. Seltener bleibt dasselbe noch eine Woche lang bestehen, länger nur dann, wenn das Aussehen des Geschwürs sich wieder verschlimmert. Dann muss die Aetzung wiederholt werden. 3) Die Schmerzen und Lichtscheu schwinden bald nach der Aetzung, gewöhnlich am nächsten Tage oder sogar gegen Abend desselben Tages; dieses geschieht auch dann, wenn die Aetzung das Geschwür selbst nur wenig beeinflusst hat. 4) Die Reizung und Hyperaemie der Iris nehmen bald nach der Aetzung ab. Unter dem Einfluss von Atropin erweitert sich dann die Pupille sehr leicht, was vor der Aetzung zuweilen sich überhaupt nicht erweichen lässt. 5) Die Injection der Gefässe der Conjunctiva bulbi nimmt zuweilen sogar zu, um aber mit der Verbesserung des Aussehens des Geschwürs stark abzunehmen.

A. Woskressenski: «Untersuchung der Lungen und Bronchialdrüsen auf ihren Gehalt an Kieselsäureverbindungen». (Nr. 14).

Die Untersuchung von 54 Leichen ergab dem Verf. Folgendes: 1) Sand ist, ebenso wie die Kohle, in den Lungen aller Menschen enthalten. 2) Die Kieselsäureverbindungen werden von den Lungen aus der Luft eingeathmet und gelangen von dort in die Bronchialdrüsen. Ihre Quantität nimmt mit dem Alter zu; bei Neugeborenen kommen sie nicht vor. 3) Die Quantität des Sandes in den Lungen steht mit der Beschäftigung des Individuums im Zusammenhange. 4) Die Menge der Kieselsäureverbindungen ist geringer, als die der Kohlensäure (bei Kindern das umgekehrte Verhältniss). 5) Die Menge der Kieselsäure in den Bronchialdrüsen ist immer grösser, als in den Lungen.

O. Juzewitsch: «Aus der Landpraxis des Malowysokow'schen Hospitals (Gouv. Elisawetgrad)». (Nr. 14).

3 Fälle: 1) Ruptura uteri subpartu. Laporotomia. Heilung. 2) Ruptura uteri subpartu. Porro'sche Operation. Tod. 3) Ruptura vaginae beim Durchschneiden des Kindskopfes. Pat. ist auf die Operation nicht eingegangen und ist nach einigen Tagen an wiederholender Blutung zu Grunde gegangen.

J. Troizki: «Die Grösse der Arzneidosen im Zusammenhange mit den Eigenthümlichkeiten des wachsenden Organismus». (Nr. 11—14).

N. Iwanow: «Zur Frage der missed abortion». (Nr. 15).

Verf. beobachtete folgenden Fall: 32-jährige Mehrgebärende. Letzte Menses im April. In den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten bestand nur leichte Uebelkeit, bis zur letzten Zeit waren weder Leibschmerzen, noch Blutungen vorhanden gewesen. Am 2. Februar traten plötzlich Wehen ein, es erfolgte eine starke Blutung, worauf die Placenta mit der unzerrissenen Blase, in der sich ein 4-monatlicher Foetus fand, spontan ausgeschieden wurden. Die mikroscopische Untersuchung der Placenta zeigte, dass die Zotten an einigen Stellen vollkommen normal, an anderen dagegen vollständig degenerirt waren; Gefässe leer. An einigen Praeparaten konnte man die beginnende Regeneration der Uterusschleimhaut beobachten.

A. Grigorjew und A. Stakmann: «Die Rytschal-Kam'sche Mineralquelle». (Nr. 15).

Letztere befindet sich in einer Entfernung von 66 Werst von der Stadt Derbent. Temperatur der Quelle 36° C. Sie gehört zu den warmen, kohlensauren alkalisch-muriatischen Quellen. Ihrem Kohlensäuregehalte nach steht die Quelle der Vichy (Grande Grille) und nach dem Gehalte an kohlensaurem- und Chlornatrium der Quelle Selters am nächsten. In einem Liter Wasser enthält sie ausserdem noch 0,0013 g. Borsäure. Nach der Meinung der Untersucher kann diese Quelle angewendet werden bei: Dyspepsie, chronischen Magendarmkatarrhen, bei chronisch-katarrhalischem Icterus und Gallensteinen, bei chronischen Katarrhen der Luftwege und Harnwege, bei Podagra und Fettleibigkeit. Ihrer Temperatur und des Borsäuregehaltes wegen kann sie auch zu Bädern gebraucht werden bei Rheumatismen, Neuralgien, peripheren Lähmungen und verschiedenen Hautkrankheiten.

W. Beckmann: «Zur Lehre von der Graviditas interstitialis». (Nr. 15—17).

Eingehende Uebersicht der betreffenden Literatur und ausführliche Beschreibung eines vom Verf. selbst beobachteten Falles. B. kommt dabei zu folgenden Schlüssen: 1) Man kann 2 Arten der Graviditas interstitialis unterscheiden: graviditas tubo-uterina und graviditas interstitialis propria. Bei der ersten ist eine Communication zwischen der Uterushöhle und dem Fruchtsacke vorhanden, bei der zweiten fehlt eine solche. 2) Die Ruptur lässt sich bei der graviditas interstitialis aus folgenden Symptomen diagnosticiren: Die Grösse des Uterus entspricht nicht dem nach der Anamnese bestimmten Schwangerschaftstermin. Ein Tumor der Tube lässt sich nicht palpiren, während alle Zeichen einer inneren Verblutung vorhanden sind, die gewöhnlich bei Ruptur der schwangeren Tube beobachtet werden. 3) Bei der Behandlung der graviditas interstitialis propria kann die Scheide zwischen der Uterushöhle und dem Fruchtsacke nach Erweiterung des Cervixcanals nur selten durchschnitten werden. Die nöthigen Bedingungen dazu sind: eine weite Uterushöhle, sehr kurze Schwangerschaftsdauer und dünne Scheidewand. 4) In den ersten Monaten der graviditas interstitialis, wenn keine Verwachsungen vorhanden sind, muss der Uterus durch das hintere Scheidengewölbe extrahirt, der Fruchtsack entleert und wieder vernäht werden. In seltenen Fällen muss die totale Exstirpation des Uterus per vaginam gemacht werden. 5) Ist der Uterus unbeweglich, so muss an ihm per laparotomiam operirt werden. 6) In der 2. Schwangerschaftshälfte ist in den meisten Fällen die supravaginale Amputation des Uterus vorzuziehen. 7) Nach Ruptur des Fruchtsackes muss bei graviditas interstitialis immer die Laparotomie gemacht werden. 8) Bei Verjauchung des Inhaltes des Fruchtsackes ist die totale Exstirpation des Uterus oder das Einnähen desselben in den unteren Wundwinkel erforderlich.

Prof. E. Bellin: «Ein Fall von Hysteria maxima mit, dem Hellsehen ähnlicher, exceptioneller Schärfung der Sinnesorgane. Diebstahl infolge der Krankheit; Suggestion in der Hypnose». (Nr. 15—17).

Ein hochinteressanter Fall, dessen Beschreibung in einem kurzen Referate leider unmöglich ist.

E. Franzius: «Ueber das Antitoxin der Wuthkrankheit in der Galle wuthkranker Thiere». (Nr. 16).

(Vorläufige Mittheilung).

Prof. Koch hat bewiesen, dass in der Galle des an der Wuthkrankheit gefallenen Hornviehes ein Immunisationsstoff gegen diese Krankheit enthalten ist. Verf. versuchte desshalb die Galle wuthkranker Thiere Kaninchen zu injiciren, um sie gegen diese Krankheit zu immunisiren, diese Versuche haben aber negative Resultate ergeben. In der folgenden Versuchsreihe injicirte F. den Kaninchen in die vordere Augenkammer gleichzeitig eine Emulsion des verlängerten Markes und die gleiche Quantität Galle einiger mit der Galle wuthkranker Thiere schon vor längerer Zeit geimpfter Kaninchen; die gewöhnlichen Symptome der Wuthkrankheit traten bei diesen Kaninchen etwas langsamer auf, als bei den Controllkaninchen, denen die Emulsion des verlängerten Markes allein injicirt wurde. In der letzten Versuchsreihe injicirte Verf. den Kaninchen unter die harte Hirnhaut eine Mischung aus gleichen Quantitäten Emulsion und Galle der geimpften, krepirten Kaninchen. Die Versuchsthiere erkrankten dabei nicht, während die Controllthiere, denen die Emulsion allein injicirt wurde, alle an Wuthkrankheit zu Grunde gingen.

K. Wagner: «Ueber die Bedeutung der Bacteriologie in der Diagnostik der inneren Krankheiten». (Nr. 16).

Antrittsrede, in der Verf. eine Uebersicht über die neuesten Erfolge auf dem Gebiete der Bacteriologie giebt.

W. Lewaschew: «Zur Frage über die Zellsäfte (Presssäfte, Plasmine) der Mikroben». (Nr. 16).

A. Korsunski: «Ueber die Florence'sche mikrochemische Methode zum Nachweise des Spermas in verdächtigen Flecken». (Nr. 17).

Bei der Einwirkung einer Lösung von: Jodi puri 1,65, kalii jodati 2,54 und Aqua destil. 30,0 auf das wässerige Extract der menschlichen Samenflecken bekam Florence stets typische dunkelbraune Krystalle in Form von Tafeln, Nadeln oder Rhomben, die den Haeminkrystallen im Allgemeinen sehr ähnlich waren. Beim Nachprüfen dieser Methode kam Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Florence'sche Reaction ist eine sehr empfindliche und fällt bei Gegenwart von Sperma stets positiv aus.

2) Die Empfindlichkeit der Reaction wird durch langdauerndes Bestehen der Samenflecken auf der Wäsche, durch Austrocknen und Fäulniss derselben nicht abgeschwächt, lediglich, bis zu einer gewissen Grenze.

3) Andere Excrete des menschlichen Organismus, wie Nasenschleim, gonorrhoische Secretion, Scheidensecret und andere geben die Florence'sche Reaction nicht.

4) Eine Emulsion aus den Geschlechtsorganen und Drüsen des Hundes giebt bei einem gewissen Fäulnissgrade bei der Behandlung mit Jod, den aus dem Menschensamen erhaltenen ähnliche Krystalle.

5) Bei Untersuchung von Flecken, die dem äusseren Aussehen nach den Samenflecken ähnlich sind, beweist das Eintreten der Florence'schen Reaction, dass diese Flecke, wahrscheinlich, dem menschlichen Samen gehören.

Th. Rybakow: «Zur Behandlung des Alkoholismus durch Hypnose». (Nr. 18).

Seit 1896 behandelte Verf. in der psychiatrischen Klinik der Moskauer Universität 15 Alkoholiker durch Hypnose, die Hälfte davon ambulatorisch, die andere stationär. Er kam dabei zu folgenden Resultaten:

1) Alkoholiker sind leicht zu hypnotisiren und verfallen in den hypnotischen Schlaf gewöhnlich viel leichter, als viele andere Kranke.

2) Die hypnotische Suggestion ist eine gute Behandlungsmethode des Alkoholismus.

3) Die günstige Wirkung der Suggestion äussert sich durch Verbesserung des Allgemeinzustandes, durch Schwinden der Schwermüthigkeit und Apathie, Abschwächung des Sehnens nach Alcohol und, endlich, durch Aufhören des Trinkens.

4) Zuweilen gelingt es schon durch eine einzige Sitzung den Alcoholabusus abzubrechen.

5) Durch wiederholte Sitzungen gelingt es zuweilen den Potator lange vom Trinken abzuhalten.

6) Dauernde Heilung durch die Hypnose scheint ziemlich selten einzutreten, Recidive sind häufig.

7) Recidive werden bei der Hypnosebehandlung häufiger da beobachtet, wo die Sitzungen früh eingestellt, oder vom Arzte selbst aufgeschoben werden.

8) Die Sitzungen sollen daher genau zu der vom Arzte bestimmten Zeit stattfinden.

9) Um dauerhafte Resultate zu erzielen, muss die Hypnosenbehandlung längere Zeit hindurch (wenigstens 1 Jahr) durchgeführt werden.

10) Beginnen mit der Hypnose kann man zu jeder Zeit, besser aber dann, wenn Patient sich im nüchternen Zustande befindet. Beim Delirium tremens und überhaupt bei starker Aufregung des Pat. darf man nicht hypnotisiren.

A. Högerstaedt: «Eine neue Centrifuge». (Nr. 18).

M. Strauch: «Uebersicht über 79 Operationen bei extrauteriner Schwangerschaft». (Nr. 18).

Diese wurden an 76 Frauen ausgeführt, von denen 3 zum zweiten Mal wegen extrauteriner Schwangerschaft auf der anderen Seite operirt worden sind. 19 Mal musste wegen sehr starker Blutung in die freie Bauchhöhle bei pulslosen sterbenden Frauen in ihren eigenen Wohnungen operirt werden. Die jüngste Pat. war 21, die älteste 46 Jahre alt. Die älteste Frucht war 7½ Monate, die jüngste nur einige Wochen alt. 31 Mal war die rechte Tube schwanger, 39 — die linke. 9 Mal wurde das Fruchtei bei der Operation unverletzt gefunden. 16 Pat. waren vordem nie schwanger gewesen, bei 9 — war die letzte Geburt etwa vor einem Jahre, bei 16 — vor 10 und mehr Jahren. 9 Mal wurde per vaginam nur die Haematocele eröffnet, da der Ort der Blutung nicht bestimmt werden konnte. Ein Mal wurde bei einer fiebernden (40°) Pat. eine bis zum Nabel reichende Haematocele entleert; gleichzeitig mit dem Blute wurde eine 7 ctm. lange Frucht entfernt. 2 Mal wurde die unverletzte im 2. Monate schwangere Tube per vaginam extirpirt. 1 Mal musste bei der Operation per vaginam, um die Blutung zu stillen, der ganze Uterus entfernt werden. 4 Mal wurde die Operation per vaginam angefangen und durch Laparotomie beendigt. In 63 Fällen, endlich, wurde von vornherein die Laparotomie gemacht. Bei all' diesen Operationen hat Verf. keine einzige Pat. verloren.

M. Blumenau: «Ueber den sog. Paramyoclonus multiplex». (Nr. 18).

Verf. beschreibt einen Fall, dessen Krankheitsbild mit dem Paramyoclonus grosse Aehnlichkeit hatte, bei genauerer Betrachtung sich aber als gewöhnliche Hysterie herausstellte.

M. Poroschin: «Zur Frage von der intraperitonealen Verletzung der Harnwege bei Laparotomie». (Nr. 19).

P. theilt aus der Klinik von Prof. Slawjanski 2 Fälle mit. Im ersten wurde bei der Ausschälung eines intraligamentären Kystoms der Ureter durchschnitten, im zweiten infolge breiter Verwachsungen eines Fibromyoms des Uterus mit dem Boden und der hinteren Wand der Harnblase ein Stück der letzteren ausgeschnitten. Die Enden des Ureters wurden zusammengenäht und von einem Peritoneallappen umnäht. Die Harnblase wurde ebenso vernäht und vom Peritoneum bedeckt. Beide Frauen wurden nach kurzer Zeit vollkommen gesund entlassen.

N. Tischutkin: «Ueber das elastische Gewebe des Ductus thoracicus bei Menschen und Thieren». (Nr. 19).

S. Cholmogorow: «Die secundäre Dammnaht zwischen dem 2. und 20. Tage nach der Geburt». (Nr. 19).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Ch. zu folgenden Schlüssen:

1) Sind auf den gerissenen Damm in den ersten Stunden nach der Geburt keine Nähte angelegt worden, so braucht man damit nicht bis zu Ende des Wochenbettes abzuwarten.

2) Sind die angelegten Nähte abgenommen worden, eine Verwachsung des Dammrisses aber nicht eingetreten, so müssen, falls keine andere Contraindicationen vorhanden sind, neue Nähte angelegt werden.

3) Die Entfernung der Granulationen mit dem scharfen Löffel, die Anlegung von Nähten und sogar die Plastik eines bei vorausgegangenen Geburten zerrissenen Dammes sind, auch wenn sie vor Beendigung des Wochenbettes gemacht werden, für die Pat. ungefährlich.

4) Die zwischen dem 2. und 20. Tagen nach der Geburt vernähte Dammrisse heilen prachtvoll.

Sh. Michailowitsch: «Ueber den Einfluss der Galle auf einige Arten virulenter Mikroben». (Nr. 20).

A. Wershbizki: «Die Behandlung der Gonorrhoe nach Janet». (Nr. 20).

Im Jahre 1892 hat Janet zur Behandlung der Gonorrhoe vorgeschlagen die Blase mit einer Lösung von Kali hyper-

manganicum ohne Katheter auszuwaschen. Viele Autoren haben diese Methode nachgeprüft und bekamen dabei sehr günstige Resultate, die auch W. nach seinen Beobachtungen vollkommen bestätigen kann. Die Auswaschungen müssen unbedingt ohne Katheter gemacht werden. Bei einigen Patienten kann die Flüssigkeit den Sphincter vesicae lange nicht überwinden; in solchen Fällen muss man nur geduldig abwarten. Die Auswaschungen müssen vom Arzte selbst gemacht werden, weil Vieles von der Individualität des Pat. abhängt: der eine verträgt eine stärkere, der andere nur eine geringe Füllung der Blase; überfüllt soll letztere nie werden. Die Lösung muss warm sein. Der Krug muss auf einem Blocke aufgezogen werden, damit man den Druck allmählig steigen kann. Beim Heben und Senken des Kruges mit den Händen, stösst die Flüssigkeit an die Wände der Blase, was Contractionen derselben und Rückläufen der Flüssigkeit hervorrufen kann.

B. Ssinani: «Ueber die Behandlung durch Suggestion». (Nr. 20).

Verf. beweist, dass die Empfänglichkeit für die hypnotische Suggestion von der Tiefe des Schlafes unabhängig ist und dass Patienten, die vom hypnotischen Schlafe noch Nichts gehört haben, auch ohne Schlaf der Suggestion zugänglich sind.

W. Koslowski: «Ueber die Anwendung des Volta'schen Bogens zu therapeutischen Zwecken». (Nr. 20).

Bei dieser Behandlungsmethode wird der erkrankte Körpertheil der kurzdauernden Wirkung eines starken electrischen Lichtes (Volta'scher Bogen) ausgesetzt, wozu Verf. sich eines besonderen von ihm construirten Apparates bedient. Mit diesem wurden 125 verschiedene Kranke behandelt, unter denen sich viele mit Neuralgien, acutem und chronischen Rheumatismus, Hysterie, Neurasthenie und Hemicranie befanden. Die Resultate waren sehr gute.

J. Weger: «Zur Frage über den sanitären Zustand der Wohnungen der Fabrikarbeiter». (Nr. 20).

M. Roshdestwenski: «Diazoreaction bei Febris intermittens». (Nr. 20).

Zahlreiche Intermittensfälle auf die Diazoreaction untersucht ergaben R. folgende Resultate:

1) Bei Febris intermittens tertiana trat die Diazoreaction nicht ein.

2) Bei der quotidiana trat sie zuweilen ein, fehlte aber auch häufig.

3) Bei der erratica wurde sie stets beobachtet.

4) Die Intensität und Dauer der Reaction hängt von der Stärke der Erkrankung ab.

5) Wenn der Diazoreaction beim Intermittens auch keine diagnostische Bedeutung zukommt, so zeigt das Vorbandensein und die Intensität derselben auf eine ernste Erkrankung hin.

A. Lewin: «Aus den Beobachtungen an Pestkranken». (Nr 21).

Verf. der die Pest im Jahre 1897 in Bombay beobachtete, hält folgende klinische Symptome derselben für charakteristisch: vor Allem die facies pestica, die den Ausdruck tiefster Apathie und Gleichgültigkeit gegen die Umgebung trägt. Die Zunge der Pestkranken ist geschwollen, feucht, zittert nicht und von einem dicken, weissen, feuchten, gleichmässig über die ganze Zunge verbreiteten Belage bedeckt, als ob sie mit Kalk angestrichen wäre. Die Sprache der Pestkranken ist undeutlich und erinnert an die Sprache eines Betrunkenen. Sehr charakteristisch ist weiterhin ihr Delirium; die Ideen, die Hallucinationen und Handlungen der Pestkranken sind nicht so rasch vorübergehend, wie bei anderen Fieberkranken, sondern, so zu sagen, systhematisch. Die Conjunctivitis der Pestkranken tritt in Form zweier rother Flecke zu beiden Seiten der Hornhaut auf. Karbunkeln und Petechien hat Verf. nur sehr selten beobachtet, die Bubonen dagegen traten sehr früh auf und waren fast stets von einem entzündlichen Oedem des die Lymphdrüse umgebenden Zellgewebes begleitet. Eine sehr gefährliche Localisation der Pest ist die Periparotitis pestica, die ziemlich häufig zur Beobachtung kam. Die primäre Lungenentzündung bei der Pest erinnert in hohem Grade an die Grippe. Bemerkenswerth ist fernerhin die Hautnecrose bei der Pest, die erst im Beginn der Reconvalescenz oder noch später auftritt, die Grösse einer Handfläche erreichen kann und weisse Narben nach der Heilung hinterlässt. Von grosser praktischer Bedeutung, im Betreff der Verbreitung der Pest, sind die Fälle von sog. ambulatorischer Pest, die ganz allmählig beginnen und den Pat. nicht verhindern seinen Wohnort zu wechseln.

W. Buschujew: «Ueber die Ursache des Abdominaltyphus in der russischen Armee». (Nr. 21 und 22).

Die Ursachen sind: schlechtes Trinkwasser, antisanitärer Zustand der Gegenden, in denen die Truppen vertheilt sind, schlechte Einrichtung der Kasernen und ungenügende Nahrung der Soldaten, schwerer Dienst im Sommer und die freie Arbeit, zu der die Soldaten von Zeit zu Zeit beurlaubt werden.

J. Katz: «Ambulatorische Beobachtungen über adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes». (Nr. 21 und 23).

Verf. beobachtete 100 Fälle von adenoiden Vegetationen bei älteren Kindern und Erwachsenen, von den 19 Krankengeschichten genauer mitgetheilt werden. Die einzig sichere Untersuchungsmethode auf adenoide Vegetationen bei Erwachsenen sei die hintere Rhinoscopie; bei Kindern ist dieselbe häufig unmöglich auszuführen, so dass man zur digitalen Untersuchung seine Zuflucht nehmen muss. Nicht bei allen Kindern hat die hypertrophische Rachentonsille einen schlechten Einfluss auf die Entwickelung derselben; Verf. sah mehrere Pat., die trotz ihrer sehr grossen Vegetationen physisch und psychisch prachtvoll entwickelt waren. Er beschreibt darauf eingehend die allbekannten allgemeinen und localen Erscheinungen der hypertrophischen Rachentonsille und glaubt, dass eine hereditäre Praedisposition zu dieser Erkrankung unzweifelhaft ist. Er operirt immer mit dem Gottstein'schen Ringmesser. Eine allgemeine Narcose sei dabei ganzüberflüssig, eine tüchtige Kokainisirung sei vollkommen ausreichend. Lebensgefährliche Blutungen hat er bei der Operation nie beobachtet.

O. Motschutkowski: «Vorlesungen über tabes dorsalis, vorgetragen für Aerzte im Klinischen Institute der Grossfürstin Helena Pawlowna in den Jahren 1896 und 1897». (Nr. 22–25, 27 und 28).

Th. Rybakow: «Ueber conträre Sexualempfindungen». (Nr. 22 und 23).

Der vom Verf. beobachtete Fall betraf ein 20-jähriges hereditär belastetes Mädchen, bei dem sexuelle Neigung und Trieb nur zum eigenen Geschlecht vorhanden war. In der Kindheit zog es immer Knabengesellschaft vor, liebte nur Knabenspiele und schwärmte stets von Reisen. Seit dem 10. Lebensjahre hysterische Anfälle. Seit dem 8. Lebensjahre empfand es grosse Neigung und heisse Liebe zu Individuen eigenen Geschlechts, die Anfangs platonisch waren: nach dem Eintreten der Menses, aber im 13. Lebensjahre, hatte es häufig geschlechtlichen Verkehr mit Frauen. Personen männlichen Geschlechts erregten in ihr nur Ekel und Abscheu. Die gynaekologische Untersuchung der Pat. zeigte ein vollkommen erhaltenes Hymen und normal entwickelte Genitalien. Nach einigen hypnotischen Suggestionen kam das Mädchen allmählig zur Ueberzeugung, dass ihr Trieb zu Weibern ein krankhafter Zustand sei.

M. Saussailow: «Zur Aetiologie des Abdominaltyphus». (Nr. 19, 23, 24 und 27).

Bakteriologische Untersuchung, die beweisen sollen, dass der gewöhnliche Darmbacillus, der Bacillus des Typhus abdominalis und andere ihnen ähnliche Bakterien, die auf Obst, Gemüsen und im Wasser leben, indentisch sind. Alle die genannten, dem Typhusbacillus ähnlichen, Bacterien können unter dem Einfluss des Nährbodens und der Temperatur, bei der sie wachsen und leben, sich so verändern, dass sie morphologisch sowohl, wie ihren Eigenschaften nach, den ursprünglich gezüchteten ganz unähnlich werden. Das ist, wahrscheinlich, die Ursache, derentwegen die früheren Forscher diese veränderten Bakterien als vollständig verschiedene Arten betrachteten und eine derselben, den Typhusbacillus, als eine selbstständige Bakterienart ausgeschieden haben. Obst und Früchte sind für diese Bakterien ein sehr geeigneter Nährboden. Im Wasser behalten sie eine Zeit lang ihre ursprüngliche Form, scheinen sich aber darin nicht zu vermehren. Bei späteren mikroscopischen Untersuchungen des Wassers sind sie nicht mehr zu finden, wenn dieses Wasser auf Bouillon übergeimpft wird, so kommen Culturen mit allen charakteristischen Eigenschaften des Eberth'schen Bacillus zum Vorschein. Es ist wahrscheinlich, dass der gewöhnliche Darmbacillus, aus den Faeces eines gesunden Menschen, im Wasser sich so verändert, dass er dem Typhusbacillus ganz ähnlich wird, sobald er auf geeigneten Boden gelangt. Die dem Eberth'schen Bacillus ähnliche Bakterien sind meist virulent und wirken auf Thiere (Mäuse) tödtlich. Obst und Früchte sind bei der Aetiologie des Abdominaltyphus von grosser Bedeutung, da mit ihnen viele dem Typhusbacillus ähnliche Bakterien in den Organismus eingeführt werden; im Herbst, wo Früchte viel gegessen werden, sind die Typhusfälle daher viel häufiger. Das von Defaecationen sogar gesunder Menschen verunreinigte Wasser kann unter gewissen Bedingungen Typhuserkrankungen hervorrufen, da, wie gesagt, der gewöhnliche Darmbacillus die Eigenschaften des Eberth'schen erlangen kann. Kinder bis zum 2. Lebensjahre, Greise und kränkliche Personen geniessen rohes Obst



und Früchte entweder gar nicht oder nur sehr wenig, sie erkranken deshalb viel seltener an Typhus.

Prof. S. Salesski: «Die Kobi'schen kohlensauren Kiesel-Eisenquellen an der militär-grusinischen Eisenbahn am Kaukasus». (Nr. 24 und 25).

A. Lewin: «Die Wallfahrt russischer Mahomedaner vom sanitären Gesichtspunkte». (Nr. 24 und 25).

Prof. J. Grammatikati: «Ueber die Veränderungen der Ovarien unter dem Einfluss intrauteriner Injectionen». (Nr. 25).

In einer früheren Mitteilung (sieh Ref. in dieser «Beilage» 1896, pag. 49) behauptete Verf. auf Grund seiner zahlreichen klinischen Beobachtungen, dass unter dem Einfluss intrauteriner Injectionen die Menses für 2—3 Monate sistiren, es tritt ein Zustand ein, den Verf. «temporäres Klimacterium» nennt. Darauf hin glaubte G., dass unter dem Einfluss intrauteriner Injectionen in den weiblichen Geschlechtsorganen eine Periode vollständiger physiologischer Ruhe eintritt, bei der das Reifen der Graaf'schen Follikel in den Ovarien aufhört. Neulich beobachtete Verf. eine Frau mit einer gonorrhoischen Endometritis, Salpingo-Oophoritis und Periparametritis mit der Bildung eines kindskopfgrossen entzündlichen Exsudats im kleinen Becken. Im Laufe von 4 Monaten bekam die Frau 115 Injectionen. Schon nach 40 Injectionen war die Geschwulst faustgross. Bei der weiteren Behandlung wurde die Geschwulst zwar beweglicher, eine weitere Verkleinerung derselben trat aber nicht ein. Es wurde dann bestimmt, dass an der Stelle der entzündlich veränderten Adnexa ein Ovariumkystom zurückgeblieben ist, das per Laparotomie entfernt wurde. Irgend welche Reste des entzündlichen Exsudats wurden dabei nicht gefunden, wodurch der Nutzen intrauteriner Injectionen bei entzündlichen Veränderungen in der Umgebung des Uterus bewiesen war. Die mikroscopische Untersuchung des Eierstockes ergab: Ovarium blutarm, stroma ovarii zellarm, Primordialfollikel wenig, reife Follikel und Corpora lutea fehlen; kurz alle Zeichen einer Ovulation fehlten im Ovarium vollständig. Dadurch war die hemmende Wirkung der intrauterinen Injectionen auf die Ovulation, die früher nur auf Grund der klinischen Symptome vorausgesetzt wurde, auch histologisch festgestellt.

P. Sworykin: «Ueber den Ersatz der Knochenverluste bei Schaedeltrepanation durch künstlichen Knochen und Knorpel». (Nr. 25).

Vorläufige Mitteilung.

Prof. A. Podres: «Ueber die Chirurgie des Herzens». (Nr. 26).

In Veranlassung eines von ihm beobachteten Falles giebt Verf. eine recht ausführliche Besprechung der betreffenden Literatur. Der von ihm beobachtete Fall betraf eine 16-jährige Bäuerin, die infolge unvorsichtigen Umganges mit einem Revolver durch eine Schusswunde eine Herzverletzung erlitten hat. Die ersten Erscheinungen waren die des Shoks und einer inneren Blutung. Die Eingangsöffnung der Kugel lag an der Verbindungsstelle des 5. linken Rippenknorpels mit dem Sternum. Bei der Sondenuntersuchung entleerte sich aus der Oeffnung etwa 1 Esslöffel blutig verfärbter Flüssigkeit. Diese Untersuchung, bei der man sich von einer Verletzung wenigstens des Herzbeutels überzeugen konnte, brachte der Pat. grosse Erleichterung. Aber schon am nächsten Tage trat eine starke Verschlimmerung des Zustandes ein, gleichzeitig damit konnte percussorisch und auscultatorisch Blutansammlung im Herzbeutel nachgewiesen werden. Sondirung brachte der Pat. abermals Erleichterung, die wieder einen Tag lang anhielt. Darauf starke Verschlimmerung und Temperatursteigerung bis auf 39,0°. Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Operation wurde im eröffneten Herzbeutel eine grosse Quantität trüber, blutiger Flüssigkeit gefunden. An der Oberfläche des rechten Ventrikels, 3 cm. oberhalb der Herzspitze und 2 cm. vom Septum ventriculorum entfernt, war eine 1 cm. lange, der verticalen Axe des rechten Ventrikels paralell verlaufende, Spalte zu sehen, in die die Sonde leicht eindrang. Die Wundränder schienen nur durch Verklebung und Contraction der Muskelfibrillen zusammenzuhalten. Die Kugel wurde im Herzen nicht aufgefunden, weshalb von einer Eröffnung desselben abgesehen wurde. Pat. vertrug die Operation recht gut. Die Herzthätigkeit sistierte nicht, der charakteristische Rhytmus derselben blieb aber seit der Bloslegung des Herzens aus und trat erst nach 1½ Monaten wieder auf. Bei der Durchleuchtung mit den Röntgen'schen Strahlen wurde die Lage der Kugel recht deutlich zu sehen und entsprach der Mitte der unteren Hälfte des rechten Ventrikels. Zuweilen waren Dislocationen des Fremdkörpers zu sehen, die den rhytmischen Herzcontractionen entsprachen, was für einen Zusammenhang des Fremdkörpers mit dem Herzen sprach.

N. Lobas: «Die Insel Ssachalin. Zur Frage der Leibesstrafe». (Nr. 26).

Sacher.

Russkij Archiv Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Bd. V, Abth. 5.

Prof. K. Dehio. «Die Serotherapie der Lepra».

Die günstigen Erfahrungen von Carasquilla mit dem antileprösen Serum, bestimmten den Autor dasselbe auch an seinen Patienten auzuwenden. Durch Venaesection wurden von mit tuberöser Lepra Behafteten 200—300 Ccm. Blut entnommen und in hermetisch geschlossenen Gefässen 48 Stunden in der Kälte stehen gelassen. Die Kranken, bei denen das Blut entnommen wurde, zeigten ein mehr weniger frisches Krankheitsbild, die leprösen Knoten bestanden erst kurze Zeit (4—6—18 Monate), Ulcerationen waren weder auf der Haut, noch auf den Schleimhäuten vorhanden, es bestand kein Fieber, der Allgemeinzustand war noch befriedigend. Das auf die eben angegebene Weise erhaltene, bernsteingelbe Serum war gewöhnlich bacterienfrei und wurde zu subcutanen Injectionen in ansteigenden Dosen bei einem 8-jährigen gesunden Pferde verwendet. Den 25 Februar erhielt das Pferd 48 Ccm. den 4 März 85 Ccm., den 22. März 100 Ccm. Den 16. Mai wurde aus der Vena jugularis dem Pferde 2 Liter Blut entnommen; 3 Tage lang in der Kälte abstehen gelassen und dann in sterilisirte Gefässe von 50—100 Ccm. Volumen gegossen; zur Conservirung wurde Carbolsäure (½ %) hinzugesetzt. Den 20. Mai wurde dem Pferde zum 5-ten Mal Serum in einer Menge von 180 Ccm. injicirt. Dieses Mal trat Reaction ein. Die Temperatur stieg von 37,6° auf 38,1; den 30. Mai wurde dem Pferde wieder 3 Liter Blut entnommen. Das auf diese Weise erhaltene antilepröse Serum wandte Dehio bei 19 Leprösen an, die die verschiedensten Formen und Stadien der Krankheit zeigten (in 13 Fällen — Lepra tuberosa, in 4 Fällen Lepra maculosa und in 2 Fällen — gemischte Form). Zunächst wurde 1 Ccm. injicirt und dann nach einem Intervall von 3—4 Tagen steigende Dosen—2, 3, 4, 5, 7, und 10 Ccm. Später wurde sofort mit 3 Ccm. angefangen und bis 20 Ccm. gestiegen. Die locale Reaction war sehr gering. Als Symptom der allgemeinen Reaction war die Steigerung der Temperatur aufzufassen, die bis 39° ging; seltner constatirte man allgemeines Unbehagen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen (Symptome, die auch bei Injection von normalem Pferdeblutserum auftreten). Was nun den therapeutischen Erfolg anlangt so blieb er leider vollständig aus; Heilung erzielte Verf. nicht in einem einzigen Falle.

M. J. Rostowzew. «Ueber den Uebergang von Milzbrandbacillen von der Mutter zur Frucht bei mit Pastula maligna behafteten Menschen und über die Verbreitung der Bacillen in den mütterlichen Organen». (Abth. 3, 4 u. 5).

An 3 Fällen von Milzbrand bei schwangeren Frauen hat Verf. eingehende pathologo-anatomische und bacteriologische Untersuchungen angestellt. Er fand, dass die Anthraxbacillen in der Haut dicht unter der Malpigi'schen Schicht in einem sero-fibrinösen Exsudate liegen und keine Tendenz zur Verbreitung in die tieferen Schichten des Unterhautzellgewebes zeigen, der grösste Theil der Bacillen findet sich extracellulär. In grossen Massen häufen sich die Bacillen in der Darmwand an, dabei sind schon makroskopisch sichtbare Veränderungen der Wand erkennbar; das Pankreas zeigt zwar keine besondere pathologische Alteration, ist jedoch völlig von Milzbrandbacillen durchsetzt; das entgegengesetzte Verhältniss beobachtet man an den Mesenterialdrüsen, sie enthalten nur wenig Bacillen und sind dabei stark pathologisch verändert; in der Leber fanden sich Bacillen in mässiger Menge, in der Milz schwankte die Quantität der Bacillen sehr stark; in den Nieren constatirte Verf. die Anwesenheit der Mikroben im Lumen der Bowman'schen Kapsel und der Harncanälchen. Die mikroskopische Untersuchung der Placenta, des Nabelstranges und der foetalen Organe erwies zur Evidenz den Uebergang der Anthraxbacillen aus dem mütterlichen Blute in's foetale. Als begünstigende Momente muss eine ganze Reihe von Ursachen angenommen werden, die die Filtrationsfähigkeit der Placenta und die Function der Zotten—Epitheldecke abschwächen resp. aufheben: nekrotische Processe und Hämorrhagien in der Placenta (constatirt in einem Falle), degenerative Veränderungen des Zottenepithels, Dauer der Infection etc. Im Allgemeinen fand R. in den foetalen Organen viel weniger Bacillen, als in den mütterlichen, auch hatten die Bacillen ihre Tinctionsfähigkeit theilweise eingebüsst. Sie finden eben im foetalen Blute weniger günstige Bedingungen vor (nach Birsch-Hirsch-

feld geringer Sauerstoffgehalt) ausserdem ist hier die bactericide Fähigkeit des foetalen Blutes zu berücksichtigen.

J. Ssawtschenko. «Der acute Rheumatismus und das Bacterion Achalme's».

Verfasser bestätigt die Angaben Achalme's und Thiroloix, die im Blute bei acuten Rheumatikern eine besondere Form eines anaeroben Mikroben constatirt haben. In 4 Fällen gelang es dem Verf. die Bacterien aus dem Blut in Reinculturen zu züchten, in einem Falle waren auch Streptokokken vorhanden und endlich im 6-ten Falle, wo der Kranke bereits im Reconvalescenzstadium sich befand, blieb die bacteriologische Untersuchung resultatlos. Als das günstigste Medium für die betreffenden Mikroben erwies sich eine neutrale Bouillon mit $1/2$ % Laktosegehalt, durch Normalnatronlauge (10 Ccm. auf 1 Liter Bouillon) alkalisirt und dann mit Hülfe von Milchsäure bis zur schwach sauren Reaction neutralisirt. Beim Anlegen der Culturen mischt S. $3/4$ dieses Mediums mit $1/4$ bei 120° im Autoclav sterilisirter Milch. Auf 10 Ccm. dieses Gemisches soll man nicht weniger, als 1 Ccm. Blut nehmen; durch Erwärmen der Röhrchen auf 37°—38° C. wird der Sauerstoff der Luft entfernt und das Vacuum dann durch Wasserstoff ersetzt; als Zeichen des völligen Fehlens von Sauerstoff kann die Veränderung der Blutfarbe dienen (das Gemisch bekommt die Farbe des reducirten Haemoglobins). Werden alle diese Bedingungen eingehalten, so tritt ein Wachsthum schon nach 8—10 Stunden ein: es bilden sich Gasblasen, nach 24 Stunden ist das Wachsthum der Cultur beendet, die Gährung hört auf, die Milch gerinnt fest. Der Breite nach hat das Achalme'sche Stabchen Aehnlichkeit mit dem Milzbrandbacillus; die Enden sind gewöhnlich abgerundet, es bilden sich dort Sporen. Die Bacillen lassen sich mit allen Anilinfarben färben, werden nach Gram nicht entfärbt; von Wichtigkeit ist, dass die betreffenden Bacillen absolut anaerob sind: ihre Stoffwechselprodukte besitzen negativ chemotaktische und nekrotisirende Eigenschaften, worauf wahrscheinlich die pathogene Kraft der Bacillen beruht. Die von Achalme behauptete Empfindlichkeit der Bacillen gegen Natr. salicylicum konnte Verf. ebenfalls bestätigen.

A. Kotzowski: «Zur pathologischen Anatomie und Bacteriologie des acuten Deliriums».

2 Fälle von acutem Delirium, in dem einen Falle war die Krankheit idiopathisch aufgetreten, im zweiten secundär. Bei der Section fand Verf. in beiden Fällen als pathologisch-anatomische Grundlage der Krankheit eine acute corticale Encephalitis und in den Organen (Milz, Herzblut, Cerebrospinalflüssigkeiten etc.) liess sich die Anwesenheit des staphylokokkus pyogenes aureus leicht constatiren. Die Eingangspforte für diese Mikroben konnte im ersten Falle nicht eruirt werden, im zweiten Falle bestand Diphtherie des Dickdarms und von hier aus muss die Infection ausgegangen sein. Verf. ist der Ansicht, dass das essentielle acute Delirium sehr selten sei, viele solche Fälle können bei eingehendem Studium als deuteropathische erkannt werden.

S. Wermel: «Ueber die Niereninfarcte bei Neugeborenen».

In den Nieren der Neugeborenen findet man Infarcte zweierlei Art: Bilirubin — und Harnsäureinfarcte; erstere finden sich nur bei Bestehen von Icterus, letztere beobachtet man gewöhnlich in Verein mit ersteren, viel seltner ganz isolirt. Die Unterscheidung beider Sorten kann nur auf mikroskopischem und mikrochemischem Wege geschehen. Der Harnsäureinfarct ist leicht an den charakteristischen Krystallen und deren cylindrischer Anordnung erkennbar; viel schwieriger ist das Gallenpigment nachzuweisen, da es zwischen massigen Harnsäurekrystallen liegt. Das gewöhnliche mikroskopische Bild ist folgendes: In der Papille sieht man die erweiterten Sammelröhrchen, die mit einer structurlosen, schwer färbbaren Masse ausgefüllt sind; die Wände der Röhrchen sind zuweilen mit normalem Epithel ausgekleidet, zuweilen aber ist das Epithel abgeschält und füllt das Lumen aus. In dieser structurlosen Masse liegen die Harnsäurekrystalle und das Gallenpigment, das zuweilen nur durch die bekannte chemische Reaction erkannt werden kann. Was die Topographie des Gallenpigments in der Niere anlangt, so findet sich dasselbe in der Marksubstanz im Lumen der Harncanälchen; nicht selten werden die Epithelialzellen diffus gefärbt, besonders, wenn die Zellen ihre Lebensfähigkeit eingebüsst haben; das Pigment lagert sich auch im interstitiellen Gewebe und in die Papille umgebenden Bindegewebe in Form von Kernchen ab. In der Rindensubstanz findet man Gallenpigment im Lumen und in der Epitheldecke der gewundenen Harncanälchen und Henle'schen Schleifen; auch im Lumen der Ferrein'schen Pyramiden finden sich Haufen von Gallenpigment, doch nie in deren Epithelien. Auch bleiben die Malpigischen Kanäle gewöhnlich unversehrt. Die näheren Studien des Autors über die Bildung von Infarcten bei Neugeborenen führten ihn zu folgender Reflexion: Im Blute von icterischen Neugeborenen findet sich aus der Leber stammendes Gallenpigment und eine grössere Quantität Harnsäure in Folge des grösseren Gehaltes des Blutes der Icterischen an Leucocyten. Sowohl das Pigment, als auch die Harnsäure verlassen den Organismus auf dem Wege der Nieren und zwar durch die Epithelien der gewundenen Harncanälchen und Henle'schen Schleifen (Heidenhain). In den Papillen werden die Stoffe zurückgehalten; begünstigende Momente hierfür sind 1) die venöse Stase in den Nieren, die eine Verringerung der Urinsecretion bedingt und 2) die Desquamation der Epithelien in den geraden Harncanälchen. Abelmann.

Sitzungsberichte der St. Petersburger Ophthalmologischen Gesellschaft.

I. Sitzung am 13. November 1897.

Präses Prof. Dobrowolsky.

Dr. Weyert: demonstirt «eine mit Lepra behaftete Frau». Obere Lider wulstig geschwellt, Cilien fehlen. Auf der Hornhaut rechts zwei Knoten, links ein Knoten. Die Hornhautpartien zwischen den Knoten trübe. Handbewegungen und Lichtschein. Die Krankheit begann an den Händen vor 2 Jahren, die Augen erkrankten im Juni 1897.

Dolganow: «Ueber die Blindheit in Russland».

Delow: «Ein Fall von syphilitischer Primärsclerose auf der Conjunctiva Bulbi».

Dagilaiski: «Drei Fälle von luetischer Primärsclerose auf der Bindehaut».

Referirt aus dem Heft I 1898. Westnik Oftalmologii.

Aerztin Ernroth: «Ein Fall primärer luetischer Infection auf der Bindehaut».

In der Discussion macht Schroeder darauf aufmerksam, dass in allen Fällen auch die Submaxillardrüsen geschwellt waren.

Bellarminow: alle Reizerscheinungen sind streng locale, allgemeine Reizerscheinungen des Auges fehlen. Die Praeauriculardrüsen sind sehr schmerzhaft.

II. Sitzung am 11. December 1897.

Die Aerztin Ott: «demonstrirt einen 16-jährigen Pat. mit Colobom der Sehnerven, der Netzhaut und der Aderhaut».

Dr. Laurenti: spricht über die Theorie der Skiaskopie.

Dr. Beich: «demonstrirt Atropin- und Cocaintabletten». Wie solche in der Fabrik der Regierung für das Kriegsministerium hergestellt werden. Die leichte Löslichkeit der Tabletten wurden sofort erprobt.

Dr. Th. v. Schroeder spricht «über die Keratalgia traumatica».

In extenso abgedruckt im 5. Hefte der Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Dr. Dagilaiski, Blessig bestätigen Schroeders Beobachtungen, ebenso Prof. Bellarminow; letzterer bevorzugt zur Beizung der Hornhaut den Galvanocautor.

III. Sitzung am 15. Januar 1898.

Dr. Lubinski: «berichtet über einen überaus glücklich verlaufenden Fall traumatischer reclinatio lentis».

Ein Schlag mit dem Ruder hatte links oberhalb der Augenbraue getroffen. Hautwunde, die bis auf den Knochen ging. Die Linse fand sich glatt nach unten und hinten zurückgelegt. Etwa 2 Monate nach der Verletzung war das Sehvermögen mit + 11 D = $6/6$. Die Sehschärfe konnte mehrere Jahre hindurch controllirt werden. Dieselbe blieb gut trotz dem die Linse schrumpfte und beweglich wurde. In foro hatet L. die Verletzung zu den «leichten» gezählt — womit Mehrere der Anwesenden nicht einverstanden waren.

Dr. Blessig spricht über 3 gleichartige Fälle von orbitaler Verletzung des Sehnerven. In extenso im 5. Hefte der Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt.

Dr. Dolganow: «demonstrirt ein Phantom zur Uebung in Augenoperationen».

Zeitig vor Beginn der Curse bereitet er das Material vor: inclusive eines 3 Finger breiten Hautsaumes wird der gesammte Orbitalinhalt der Leiche entnommen und das Praeparat in $1/2$% Formalinlösung gelegt, wo er sich bis zum Gebrauche gut conserviren soll, desinficirt wird, und angeblich garnicht schrumpfen und schlaff werden soll. Mit Hilfe des Hautsaumes wird das Präparat an 8 Haken oder Klemmpincetten in dem Phantomkopf fixirt.

Dr. Dolganow: zeigte ferner eine Laterne zur Beleuchtung der Schriftproben bei Untersuchung auf Sehschärfe.

G—n.

Довв. ценз. Спб. 24 Сентября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.





Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 9. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1898.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. Nr. 23—35.

J. Koslowski: «Ein Fall von Venenthrombose nach Influenza». (Nr. 23).

Bei einer 48-jährigen Patientin entwickelte sich 26 Tage nach einer Influenza Thrombose der Vena femoralis und der grossen tiefliegenden Venen des rechten Beines. 9 Tage nach Beginn gingen die Erscheinungen wieder zurück und Patientin wurde mit einer mässigen Schwellung des Beines entlassen.

S. Mark: «Die Pest 1896—1897 in Sindh». (Nr. 23-25).

Epidemiologische Studie mit interessanten ethnologischen Beobachtungen während der Pest in Indien. Am meisten litten in Sindh diejenigen Städte, die am Meere oder an Flüssen gelegen waren und ein feuchtes Klima hatten. In denselben Ortschaften hatte auch die Cholera epidemisch geherrscht. Die Evacuation der Einwohner aus den inficirten Ortschaften verminderte schnell die Morbidität. Anscheinend ist die Uebertragungsfähigkeit der Pest gering. An Intensität war die letzte Epidemie schwächer, als die vorhergehenden, an Stärke der Virulenz kam sie jedoch denselben gleich.

J. Grekow: «Ueber die Arthropathia tabidorum». (Nr. 23). (Schluss).

Genaue Mittheilung von 3 Fällen aus dem weibl. Obuchowhospital mit Sectionsprotokoll und mikroskopischer Untersuchung der afficirten Gelenke. Wir geben hier nun die kurze klinische Diagnose wieder. Im ersten Fall handelte es sich um Tabes dorsalis incipiens, Arthropathia genus utriusque, Tuberkulosis pulmonum, Synovitis tuberkulosa genus dextri. II. Arthropathia tabid. genus sin., Tabes dorsalis im ataktischen Stadium, Insufficientia aortae, Cystitis, Pyelitis. III. Tabes dorsalis im ataktischen Stadium, Arthropathia genus utriusque, Myositis ossificans (eines Theils der Oberschenkel- und Unterschenkelmuskeln), Decubitus, Erysipelas. In der Anamnese Lues und intraartikulärer Bruch des rechten Knies.

S. Michnow: «Ueber Eklampsie in klinischer Beziehung». (Nr. 23—27).

(Fortsetzung folgt).

P. Jappa: «Zur Kasuistik des primären Lungenkrebses». (Nr. 24).

Das markante Oedem der linken Brusthälfte, die Schwellung der supraclaviculären und axillären Lymphdrüsen, die Parese der linken Kehlkopfhälfte und der objective Lungenbefund (Dämpfung und fehlendes Athemgeräusch über der linken Lunge), alle diese Symptome sprechen bei dem 60-jährigen Patienten für eine Neubildung in der linken Brusthöhle. Diese Diagnose wurde bekräftigt durch den Nachweis von Krebszellen im Punctat der linken Lunge. Bei der Section erwies es sich, dass das Lungencarcinom auf das Mediastinum und unter dem Pericard auf den rechten Herzventrikel übergegangen war, auch die Pleura und das Diaphragma waren durchwachsen und Metastasen in der Leber vorhanden. Eine mikroskopische Untersuchung scheint unterlassen worden zu sein.

W. Nikulin: «Ueber infectiöse Bronchitis». (Nr. 26—28).

Bei allen Patienten, die an infectiöser Bronchitis erkrankten' (N. theilt 5 eigene Beobachtungen mit) waren andere Lungenkrankheiten vorausgegangen (Bronchitis, Influenza), so dass erstere sekundär hinzutrat und eine schwere Complication besonders mit Influenzabacillen, Streptococcen und Frenkel'schen Diplococcen darstellte. Das Sputum wurde in allen Fällen zäher, der Husten quälend. Daneben ermöglicht die Erkrankung an «bakteriellem» Bronchialkatarrh eine Infection des Gesammtorganismus von den Luftwegen aus. Die Diagnose wird natürlich hauptsächlich durch die bakteriologische Untersuchung des Auswurfs sichergestellt, die nicht selten eine Mischinfection ergiebt. Die Temperaturerhöhung ist sehr schwankend und keineswegs entscheidend für die Schwere der Erkrankung. Die Prognose wird bei Mischinfection ernster sein, ebenso bei einfacher Infection mit Bacterium coli, Streptococcen. Hinsichtlich der Therapie gab dem Verfasser das Jodkali bei der Streptococcen- und Pneumococcenbronchitis gute Resultate.

A. Woizechowski: «Ueber die Wirkung der X-Strahlen». (Nr. 26).

Verfasser benutzte zu seinen experimentellen Untersuchungen Kaninchen. Die Stromstärke betrug 20 Volt, die Rumkorf'sche Spirale gab Funken bis 30 cm., die Länge der Crookes'schen Röhre (Gundelach) betrug 20 cm. Bei den ersten Versuchen wurde die Wirkung der X-Strahlen allein untersucht, die der Elektrisation durch einen mit Drahtgeflecht und Aluminiumplatte bekleideten Holzschirm ausgeschaltet. Nach 28—34 Stunden Einwirkung konnte kein Effekt erzielt werden. Bei der zweiten Versuchsreihe wurde das Thier direkt der Wirkung der Crookes'schen Röhre ausgesetzt und dabei wurde schon nach 3—12 Stunden Röthung der Haut an den Ohren, später Ausfall der Haare auf dem Kopf und Nacken und Conjunctivitis mit Lichtscheu beobachtet. Wurden endlich die X-Strahlen ausgeschaltet und nur die elektrische Wirkung der Crookes'schen Röhre zur Geltung gebracht, so war der Effekt wiederum sehr gering, es kam nur zum Ausfall weniger Haare. Zur Erklärung dieser Erscheinungen stellt W. folgende Hypothese auf: die Haut wird durch die Crookes'sche Röhre elektrisch und sofort unter der Wirkung der X-Strahlen wieder entladen, wobei eine heftige Reizung entsteht. Möglicherweise ist auch die Haut unter der Einwirkung der Elektrisation durch die Röhre im Stande die X-Strahlen durchzulassen, die dann in ultraviolette Strahlen transformirt werden und dadurch entzündungserregend wirken.

A. Wolkowitsch: «Zur Physiologie, Diätetik und Pathologie der Magendrüsen». (Nr. 26—28).

(Fortsetzung folgt).

K. Rauchfuss: «Die Erfolge der Serumbehandlung der Diphtherie in Russland». (Nr. 27, 28).

(Fortsetzung folgt).

S. Posadski: «Die Diphtherie in Petersburg». (Nr. 28).

(Fortsetzung folgt).

S. Possadski: «Die Diphtherie in St. Petersburg 1897 und die Serumbehandlung». (Nr. 28—34).

Verfasser theilt die Daten aus dem städtischen Alexanderbarackenhospital mit, das speciell für die Aufnahme Diphtheriekranker in Anbetracht der herrschenden Epidemie eingerichtet wurde und den grössten Theil der in Krankenhäusern Aufnahme suchenden Patienten beherbergte. Es gelangten im Berichtsjahre zur Aufnahme 3352 Diphtheriekranke, von denen 2405 genasen, 811 starben (25,2 pCt.) und 187 zum Jahre 1898 verblieben. (Die Zahlen stimmen nicht. Ref.). Nicht allen Patienten wurde Serum injicirt, da im betreffenden Hospital Anhänger und Widersacher der Serumbehandlung existiren und daher möglichst gleiche Vertheilung der Kranken zwischen diesen erstrebt wurde zur Klarlegung der Serumbehandlung. Mit Serum wurde 1429 Patienten behandelt, ohne Serum 1787. 201 in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme Gestorbene wurden nicht mitgerechnet.

Verfasser theilt nun eine Menge langer Tabellen mit, von denen ein Theil ohne Bedeutung für die uns interessirende Frage ist (z. B. Stand, Beschäftigung, Glaubensbekenntniss der Patienten), ein anderer Theil sehr unübersichtlich ist, indem zu viel Abtheilungen und Unterabtheilungen gebildet wurden, so dass, wie Verf. selbst zugiebt, entgegen seiner Erwartung, keine Schlüsse aus ihnen gezogen werden konnten. Immerhin geht aus diesen Tabellen hervor, dass unter den mit Serum Behandelten die Kinder unter 5 Jahren überwogen, unter den ohne Serum Behandelten das spätere Alter, was aus folgender Zusammenstellung ersichtlich ist. Mit Serum wurden behandelt im Alter bis zu 1 Jahr 56, ohne Serum 29, von 1—5 Jahren 586 resp. 488, von 6—10 Jahren 401 resp. 461, von 11—15 Jahren 204 resp. 326, über 15 Jahren 182 resp. 486. Ausserdem ergiebt sich, dass der grössere Theil der leichten Fälle (punkt-

förmige Diphtherie nach der Nomenklatur des Verf.) nicht mit Serum behandelt wurde während den schweren Fällen häufiger Serum injicirt wurde. Als Beweis mag folgende Zusammenstellung dienen: von den Geimpften waren an punktförmiger Diphtherie erkrankt 4,1 pCt., von den nicht Geimpften 11,1 pCt., an membranöser Diphtherie erkrankt 74,9 pCt., resp. 74,7 pCt., an phlegmonöser und gangränöser Form erkrankt 21 pCt., resp. 14,2 pCt. Das dieses nicht ohne Einfluss auf die Resultate sein kann, ist klar. Es starben unter 1 Jahr mit Serum Behandelte 32,7 pCt., ohne Serum Behandelte 66,6 pCt., von 1—5 Jahren: 37,8 pCt. resp. 49,4 pCt., von 6—10 Jahren: 23,4 pCt. resp. 26,9 pCt., von 11—15 Jahren: 15,3 pCt. resp. 9,2 pCt., über 15 Jahren: 6,5 pCt. resp. 4,3 pCt. Die an punktförmiger Diphtherie Erkrankten (59 Geimpfte, 198 Nichtgeimpfte) genasen sämmtlich, die membranöse Form (1070 Geimpfte, 1335 Nichtgeimpfte) ergab dagegen für erstere 18,4 pCt., für letztere 16,7 pCt. Mortalität, weil, wie Verfasser zugiebt, die Dejourärzte wohl hauptsächlich den schweren Fällen Serum injicirten und ausserdem, weil, wie oben bereits erwähnt, unter den Geimpften das Alter unter 5 Jahren überwog. Von den an phlegmonöser Form Erkrankten, 118 Geimpften, 40 Nichtgeimpften, starben 58,3 pCt. resp. 81,9 pCt. Im Ganzen starben also von den mit Serum Behandelten 26,3 pCt., von den ohne Serum Behandelten 24,3 pCt. Von den Complicationen muss natürlich das Befallensein des Kehlkopfs unser specielles Interesse wecken. Es ergiebt sich, dass von den an Laryngitis erkrankten Patienten 46 geimpft wurden, (genasen 29, starben 17) und 69 nicht geimpft wurden (genasen 32, starben 37), von den an «Stenosis laryngis» Erkrankten 42 geimpft wurden (genasen 32, starben 10) und 27 nicht geimpft wurden (genasen 17, starben 10).

Wenn man aber nur das Endresultat: 26,3 pCt. Mortalität bei den mit Serum Behandelten und 24,3 pCt. bei den ohne Serum Behandelten im Auge behält, wird man zu demselben betrübenden Schluss kommen müssen, wie der Verfasser, der übrigens vorsichtshalber sich dahin äussert, dass der Leser selbst sich sein Urtheil über den Nutzen der Serumbehandlung aus dem vorgelegten Material bilden möge. Wir schliessen uns diesem Wunsche an und möchten nur noch hinzufügen, dass es bei Statistiken nicht darauf ankommt, möglichst viele und unübersichtliche Tabellen zu geben, sondern aus der Summe der Zahlen richtige Schlüsse zu ziehen und sich sein objectives Urtheil nicht trüben zu lassen.

K. Rauchfuss: «Die Erfolge der Serumbehandlung der Diphtherie in Russland». (Nr. 28—31).

Einen dasselbe Thema behandelnden Vortrag hielt R. auf dem XII. internationalen Congress zu Moskau am 11 August 1897 und können wir daher in Kürze das Hauptsächlichste aus diesem erweiterten Bericht mittheilen. Das Material wurde von einer aus Mitgliedern der Gesellschaft der Kinderärzte und der Gesellschaft russischer Aerzte in Petersburg bestehenden Commission gesammelt und vom Verfasser ausgearbeitet.

Im Ganzen wurden 44,631 mit Serum behandelte und 6507 ohne Serum behandelte Diphtheriefälle gesammelt, (die während der Jahre 1895—1897 registrirt und der Commission mitgetheilt wurden. Von ersteren starben 14,6 pCt., von letzteren 34.1 pCt. Das grösste Zahlenmaterial lieferten die Gouvernements mit Landschaftsinstitutionen (von 34 theilten 26 ihre Statistik mit): 36,099 mit Serum Behandelte (14,6 pCt. Mortalität) und 5202 ohne Serum Behandelte (31,6 pCt. M.) Ihnen schliessen sich die Gouvernements ohne Landschaftsinstitutionen an mit 7160 mit Serum Behandelten (13,6 pCt. Mortalität) und 672 ohne Serum Behandelten (33,7 pCt. M.) und das Dongebiet mit 765 mit Serum Behandelten (16,8 pCt. M.) und 501 ohne Serum Behandelten (56,8 pCt. M.). Der Kaukasus, Sibirien und Centralasien lieferten nur kleine Zahlen. Natürlich können diese Zahlen noch kein vollkommenes Bild vom Umfang der Serumtherapie während obigen Zeitraums geben, da ein grosser Theil der Erkrankungen der Commission unbekannt blieb. Eine Ausnahmsstellung nahm das Saratow'sche Gouvernement ein, wo während der Jahre 1894—1896 eine heftige Diphtherieepidemie herrschte, deren Ergebnisse z. Th. nicht zur Kenntniss der Commission gelangten, aber später durch die Bemühungen des Verfassers klargelegt wurden. Dieselben sind werth, wenigstens mit einigen Worten erwähnt zu werden. In diesem Gouvernement (mit 2,420,000 Einwohnern) erkrankten an Diphtherie im Jahre 1894 — 16,240 Menschen (circa 7 pro Mille), 1895 — 23,536 (circa 10 pro Mille) und 1896 — 15,670. Die Landschaft verschaffte sich im Jahre 1895 — 43,720 Fläschchen Serum, im Jahre 1896 — 16,543 Fläschchen. Es wurden circa 80 pCt. aller Kranken geimpft und die Durchschnittsmortalität betrug 14,3 pCt.; so z. B. geht aus dem Berichte eines Arztes hervor, dass von 1300 Geimpften 12,3 pCt. starben, von 223 Nichtgeimpften 54 pCt.; in der Zusammenstellung eines anderen Arztes desselben Gouvernements betrug die Mortalität unter den Geimpften 14,4 pCt. unter den Nichtgeimpften 46,6 pCt. [1]) Aehnliche Daten ergeben sich aus den Berichten der übrigen Gouvernements. Im allgemeinen geht aus diesen Berichten nicht nur hervor, dass die Diphtherie durch die Serumbehandlung günstig beeinflusst wurde, sondern dass auch die Landschaftsinstitutionen, keine Geldmittel sparend, zweckentsprechend mit ihren Landschaftsärzten zusammen arbeiteten, von deren aufopfernden Thätigkeit wir ein erfreuliches, nachahmenswerthes Bild gewinnen.

In Bezug auf Lokalisation der Diphtherie konnten aus dem der Commission zugegangenen Material 14,274 mit Serum Behandelte und 2862 ohne Serum von denselben Aerzten Behandelte verwerthet werden. Von ersteren waren an Angina diphtheritica 10,437 erkrankt und starben 11,3 pCt., an Angina + Laryngitis 3466 erkrankt und starben 28 pCt., an Diphtherie anderer Organe 371 mit 14,5 pCt. Mortalität. Von den ohne Serum behandelten 2862 Patienten waren an Angina erkrankt 2167 und starben 31,3 pCt., an Angina + Laryngitis 651 und starben 68,5 pCt., an Diphtherie anderer Organe 44, starben 40,9 pCt. Aus den Statistiken der grösseren Kinderhospitäler (in Petersburg und Moskau) geht hervor, dass die Mortalität in der Serumperiode auf die Hälfte bis ein Drittel heruntergіng. Die Registrirung wurde in vielen Gouvernements nach dem Kartensystem ausgeführt, in einigen (z. B. im Kursker Gouvernement) wurden specielle Zählkarten für die Diphtherie mit detaillirten Angaben benutzt. Eine Lokalbehandlung wurde von vielen Aerzten aus naheliegenden Gründen unterlassen.

Ueber den Nutzen der prophylaktischen Impfung konnten allerdings auch einige Daten gesammelt werden, die zum Theil über günstige Resultate meldeten, doch hält Verf. das vorhandene Material noch nicht überzeugend für ein endgiltiges Urtheil. Den Schluss der inhaltreichen Arbeit bildet ein genaues Verzeichniss der gesammten russischen Literatur über die Serumbehandlung der Diphtherie.

A. Wolkowitsch: «Zur Physiologie, Diätetik und Pathologie der Magendrüsen». (Nr. 28, 29.)

Verfasser konnte an seinen Versuchshunden (mit Magenfistel und künstlich gebildetem offenliegendem Magen) die bereits von Chishin bei der Milchverdauung nachgewiesene, verzögerte Magensaftsecretion bestätigen, die nach des Verfassers Untersuchungen dem Fettgehalt der Milch zuzuschreiben ist. Ferner wurde festgestellt, dass bei Einnahme von kalter Milch die Secretion später beginnt und länger dauert als bei warmer Milch, was auf Lähmung der motorischen Thätigkeit des Magens beruht. Nach Einnahme von sterilisirter Milch wuchs, wie bei gekochter Milch, die Secretionsgeschwindigkeit allmählich, um in der dritten Stunde nach der Aufnahme ihr Maximum zu erreichen, bei gasirter Milch dagegen war das Maximum bereits in der ersten Stunde erreicht und war bedeutender, als bei sterilisirter Milch. Offenbar reizt die CO_2 die Magendrüsen zu erhöhter Thätigkeit.

Nach einiger Zeit erkrankte der Versuchshund an geschwüriger Entzündung des kleinen, künstlich gebildeten Magens, die zur Perforationsperitonitis und Tod führte. Klinisch äusserte sich diese Erkrankung in Heisshunger und schneller Abmagerung, verbunden mit Hypersecretion des Magens. Letztere war nicht abhängig von psychischer Beeinflussung (der in der ersten Stunde nach der Nahrungsaufnahme secernirte Saft war nicht vermehrt), sondern von erhöhter Reflexthätigkeit (vermehrte Secretion des sogenannten «chemischen» Saftes, der zeitlich nach dem «psychischen» secernirt wird). Zugleich nahm diese Hypersecretion bei jeder Nahrungsaufnahme einen über die Norm gehenden Zeitraum in Anspruch. Die Schwankungen im Säuregehalt bei Darreichung von Milch, Fleisch, Brot waren minimal. Daraufhin konnte bereits bei Lebzeiten des Thieres die Diagnose, nach Meinung des Verfassers, gesichert werden, denn es waren offenbar die peripheren Enden der reflectorischen Secretionsnerven betroffen, während die Centren und die centrifugalen Nerven normal arbeiteten.

A. Maksutow: »Immunisation und Serumtherapie der Tuberculose». (Nr. 29—31.)

Ausgehend von der Annahme, dass das Tuberkulin ein künstlich gewonnenes Gift ist, das nichts gemein hat mit dem specifischen Toxin der Tuberculose und dass, ehe zur Immunisation des thierischen Organismus geschritten werden kann, dasjenige Agens erhalten werden muss, durch welches das gegen Tuberculose empfindliche Thier in den Stand gesetzt wird, die Bacterien unschädlich zu machen, versuchte Verfasser diese Toxine aus dem an Tuberculose erkrankten Organismus zu gewinnen. Zu dem Zweck zerkleinerte er die tuberculösen Geschwülste perlsüchtiger Kühe und extrahirte

[1]) Hierbei sei bemerkt, dass die Serumbehandlung vorzugsweise bei den schwereren Fällen in Anwendung kam.





den Saft mit wässriger Alcohol- und Glycerinlösung. Das opalescirende, leicht gelb gefärbte Filtrat wurde 3 Meerschweinchen à 1 Ccm. pro dosi injicirt. Die Injectionen wurden nach Schwinden jeglicher Reactionserscheinungen wiederholt und nach 4 Monaten den Thieren eine Tuberkelbacillencultur in die Bauchhöhle injicirt; nach 2 Wochen wurden denselben Thieren Stückchen von Tuberkeln in die Bauchhöhle und unter die Haut verimpft. Die Controlthiere, denen nur eine Bacillencultur injicirt worden war, starben nach 40 bis 48 Tagen, die geimpften Thiere blieben gesund und bei ihrer Section wurden keinerlei Abnormitäten gefunden, die Hautgeschwüre waren vernarbt. Darauf immunisirte M. im Mai 1896 auf dieselbe Weise, nur mit grösseren Dosen (20 bis 250 Ccm.) eine Ziege. Zugleich wurde eine zweite Ziege mit Tuberculinum R. immunisirt, eine dritte diente zur Controle. Diesen 3 Thieren wurden circa 2,0 einer durch hohe Temperatur getödteten Tuberkelbacillencultur subcutan injicirt. Während die mit T.-R. immunisirte und die Controlziege in den ersten 2—3 Tagen keine Reaction zeigten, bildete sich bei der Ziege Nr. 1 am folgenden Tage an der Injectionsstelle ein Oedem, die Temperatur stieg. Diese Erscheinungen gingen in 6 Tagen zurück; bei den beiden anderen Ziegen bildeten sich in dieser Zeit Knoten an der Injectionsstelle. Derselbe Versuch wurde noch 2 Mal mit demselben Erfolg wiederholt. Im November 1897 wurden der Ziege Nr. 1 750 Ccm. Blut (230 Ccm. Serum) entzogen und dieselbe nach einiger Zeit getödtet. Die Section ergab keine pathologischen Veränderungen, bei der Section der beiden anderen Ziegen dagegen wurden tuberculöse Veränderungen gefunden. Das Serum der Ziege Nr. 1 wurde Meerschweinchen injicirt (à 0,5—2,0), die mit perlsüchtigem Material intraabdominal geimpft worden waren und bereits Zeichen der Tuberculose boten: Geschwüre, Knoten, Gewichtsabnahme. Die Controlthiere starben nach 4—6 Wochen an deutlich ausgeprägter allgemeiner Tuberculose, die mit Serum behandelten Thiere besserten sich bereits nach 3—4 Injectionen und zeigten bei der Section einen Stillstand im Erkrankungsprocess. Einige von diesen immunisirten Meerschweinchen leben noch gegenwärtig, 6—10 Monate nach der Impfung mit Tuberceln. Die Injectionen mit Serum waren bei ihnen von folgenden Erscheinungen begleitet: am nächsten Tage bildete sich ein Infiltrat an der tuberculös erkrankten Hautstelle und den geschwollenen Lymphdrüsen. Das Infiltrat war teigig, schmerzhaft und ging nach 1—4 Tagen zurück. Die tuberculösen Lymphdrüsen verkleinerten sich und wurden härter. Eine solche Drüse wurde excidirt und zeigte unter dem Mikroskop alle Stadien der Vernarbung und nur wenige Käse-Heerde ohne Tubercelbacillen. Vergleichende Versuche mit Injectionen desselben Serums an gesunden Meerschweinchen blieben ohne jede Wirkung, andererseits ergaben Injectionen von Serum einer normalen Ziege dessen vollkommene Wirkungslosigkeit gegenüber tuberculösen Meerschweinchen. Diese Versuche bewiesen also, dass das vom Verfasser gewonnene Serum Meerschweinchen gegen Tuberculose immunisirt, ja sogar den tuberculösen Process, falls er nicht zu weit vorgeschritten ist, zum Stillstand bringen kann. Und daher empfiehlt Verfasser zur Gewinnung eines Tuberceltoxins sich der von ihm angewandten Methode zu bedienen.

S. Michnow: «Ueber Eklampsie in klinischer Beziehung». (Nr. 30, 31, 33.) Schluss.

Nach ausführlicher Beschreibung des klinischen Bildes und Anführung der Literatur spricht Verfasser die Ansicht aus, dass die Eklampsie auf Intoxication des mütterlichen Organismus durch ein Gift beruht, das während der Schwangerschaft gebildet wird. Gegen eine von einigen Autoren angenommene Infection sprechen der klinische Verlauf und die Resultate der bacteriologischen Untersuchung. Auch das Erbrechen und die Albuminurie würden, nach Meinung des Verfassers, unter die Symptome dieser Intoxication zu rechnen sein. Auch sie sind abhängig von der Schwangerschaft und treten analog der Eklampsie bei stärkerer Einwirkung des Giftes auf die Schwangere auf, also namentlich bei Erstgebärenden. Nicht selten erweisen sich Erbrechen und Albuminurie als Vorboten einer Eklampsie, die als maximale Erscheinung der Intoxication zu betrachten ist. Letztere scheint, wie wenigstens die Klinik lehrt, anfangs die zarteren Organe, also das Nervensystem, zu tangiren, später verursacht sie Veränderungen in den widerstandsfähigeren Organen, wie den Nieren, die zum Ende der Schwangerschaft bereits grobe Veränderungen aufweisen können und zum Schluss führt sie zur Eklampsie.

Viele Thatsachen nöthigen zur Ueberzeugung, dass der Organismus der Schwangeren allmählich eine gewisse Immunität gegen das Gift gewinnt. Dafür würde das anfangs auftretende Erbrechen, das später von Albuminurie, ja sogar Veränderungen des Nierengewebes gefolgt sein kann, sprechen, ohne dass es zum eklamptischen Anfall kommt. Dafür spricht auch das Befallensein hauptsächlich der Erstgebärenden, während die Mehrgebärenden schon widerstandsfähiger sind. Die Quelle der Giftbildung ist uns vorläufig unbekannt. Möglicherweise ist in Anbetracht des Umstandes, dass sie ganz mit der Schwangerschaft zusammenhängt und der Tod der Frucht die Eklampsie beendigt, der Eintritt von Abfallstoffen der Frucht in das Blut der Mutter die Ursache dieser Vergiftung.

Die Therapie soll hauptsächlich eine prophylactische sein; sorgfältige Pflege und Beachtung und rechtzeitige Behandlung drohender Erscheinungen sind nicht aus dem Auge zu lassen. Von operativer Encheirese ist nach Ansicht des Verfassers weniger zu erwarten.

Ueber prophylactische Impfung gegen Diphtherie. (Nr. 32.)

1) J. Mehlenfeld berichtet über Schutzimpfung gegen Diphtherie auf der Scharlachabtheilung des Peter-Paul-Hospitals während der Monate September bis November 1897. In dieser Zeit kamen 339 Scharlachkranke zur Behandlung, von denen 27 ausgeschlossen werden müssen, also verblieben 312. Von diesen starben 101, genasen 211. Unter Letzteren waren 111 nicht später als 3 Tage nach der Aufnahme geimpft worden, 100 blieben ungeimpft. Diphtheriebacillen wurden bei 6,3 pCt. der Ersteren, bei 26 pCt. der Letzteren gefunden. Die Diphtherie verlief bei Ersteren leicht, bei Letzteren schwer. Von den 101 Gestorbenen waren 52 geimpft, 49 nicht geimpft worden, unter welchen meist schwere septische Formen vorwiegten, die schnell endeten, so dass sie nicht verwerthet werden konnten und nur 34 übrig blieben, von denen 15 geimpft, 19 nicht geimpft worden waren. Bei Ersteren fand M. 7 Mal Diphtheriebacillen, aber nur in 3 Fällen war die Diphtherie die eigentliche Todesursache. Obgleich die vorliegenden Zahlen noch zu gering sind, hält sich M. doch für berechtigt, daraus eine günstige Beeinflussung der Diphtherie zu ersehen.

2) J. Schabad theilt seine Erfahrungen aus demselben Hospital für die Monate December 1897, Januar, Februar 1898 mit. Alle 133 Scharlachkranke wurden geimpft (à 300 Einheiten) und die Injection nach 3 Wochen wiederholt. Von diesen müssen, hauptsächlich wegen zu frühen Todes, 24 ausgeschlossen werden. 75 Patienten verblieben im Hospital 6 Wochen und wurden gesund ausgeschrieben, 34 blieben noch in Beobachtung. Von Ersteren erkrankten 4, von Letzteren 3 an der Diphtherie. 4 erkrankten 3 Wochen nach der Aufnahme 1 2 Wochen und 2 nach der zweiten Injection. Alle genasen.

3) V. Feldt beobachte unter 47 Scharlachkranken des Nikolai-Kinderhospitals, die prophylactisch geimpft und nicht von den Diphtheriekranken getrennt worden waren nur 1 Mal Diphtherie, während unter 267 Scharlachkranken, die nicht geimpft worden waren, 39 (14,6 pCt.) an der Diphtherie erkrankten. Unter 10 gesunden Kindern aus der Privatpraxis des Autors, die mit Diphtheriekranken zusammen kamen und prophylactisch geimpft worden waren, erkrankte kein einziges. Durch Einführung der Serumtherapie der Diphtherie sank überhaupt die Sterblichkeit an Scharlach und Masern.

4) Nach Stukkey kamen unter 374 Kranken der chirurgischen Abtheilung des Oldenburger Kinderhospitals im Jahre 1897 und während Januar und Februar 1898, die nicht prophylactisch geimpft worden waren, 20 Diphtheriefälle vor, unter 132 Kranken derselben Abtheilung während desselben Zeitraumes, die geimpft worden waren, nur 1 Erkrankung an Diphtherie vor.

P. Rosanow: «Malaria und Gastroenteritis». (Nr. 33.)

Verfasser giebt eine kurze Uebersicht über die während der Jahre 1886—94 im Ambulatorium einer grossen Moskauer Spinnerei zur Behandlung gelangten Fälle von Malaria und Gastroenteritis acuta. Von 42,032 Kranken litten 4325 an Gastroenteritis und 2948 an Malaria und war die Frequenz ersterer während der Sommermonate höher, letzterer während der Wintermonate. Hierzu kam noch, dass vor und während der Cholerajahre die Durchfälle an Häufigkeit zunahmen. Die Zahl der atmosphärischen Niederschläge konnte in kein Verhältniss zur Malaria und Durchfällen gebracht werden.

P. Koropowski: «Ein Fall von Laparotomie nach Stichverletzung des Dickdarms». (Nr. 33.)

Ein 22-jähriger Fabrikarbeiter hatte im trunkenen Zustande einen Messerstich in den Bauch erhalten und wurde 6 Stunden später in das Obuchowhospital eingeliefert. Im linken Hypochondrium 2 Finger unter dem Rippenrande fand sich eine Stichwunde, aus der Netz vorgefallen war. Nach breiter Eröffnung und Resection des vorgefallenen Netztheiles wurden am Colon transversum 3 Stichwunden gefunden (von je 1 Cm. Länge), die mit Lembert'schen Nähten ge-

schlossen wurden. Das Peritoneum war injicirt, theilweise mit leichten Fibrinflocken belegt, in der Bauchhöhle etwas trübes Exsudat und Koth. Nach sorgfältiger Toilette Tamponirung und theilweise Vernähung der Hautwunde. Heilung per secundam.

M. Schiperowitsch: «Ueber die Bedeutung des Harnstoffs als Diureticum». (Nr. 34.)

Bei 7 Patienten mit Ascites und Oedemen in Folge von Lebercirrhose und 3 Nephritikern (1 diffuse, 2 interstitielle) wurde der Harnstoff in der von Klemperer empfohlenen Form gegeben: Ureae purae 10,0, Aq. 200,0 alle Stunde zum Esslöffel, nach 2—4 Tagen 15,0, später 20,0 täglich. Bei den 3 Nephritikern vergrösserte der Harnstoff weder die Urinsecretion noch verringerte es den Ascites und die Oedeme. Bei den übrigen Patienten hatte er wohl eine harntreibende Wirkung, Ascites und Oedeme nahmen ab, aber der therapeutische Effect ging nur bis zu einer gewissen Grenze. Daneben rief die längere Verabreichung des Harnstoffs Erbrechen und Durchfälle hervor.

N. Kirikow: «Der gegenwärtige Stand der Lehre über die sogenannte hypertrophische Lebercirrhose». (Nr. 34, 35.)

Verfasser kommt auf Grund eigener Beobachtungen aus der L. Popow'schen Klinik und der namentlich von Hanot und Gaston mitgetheilten Untersuchungen zum Schluss, dass zur endgiltigen Aufklärung der Pathogenese der hypertrophischen Cirrhose, ausser der Leber auch die anderen Organe berücksichtigt werden müssen. Die Veränderungen in der Leber selbst tragen infectiösen Character an sich und sind diffus und daher ist es nothwendig, auch nach den etwaigen Infectionserregern zu fahnden und sich nicht nur auf anatomische Untersuchungen zu beschränken.

A. Russow: «Ein Fall von Myxoedem bei einem Mädchen von $2^1/_2$ Jahren». (Nr. 35.)

Das Kind bot die typischen Erscheinungen des Myxoedems verbunden mit Kretinismus. Nachdem es im Verlauf von 127 Tagen mit frischer Hammelschilddrüse (à 0,1 zwei Mal täglich) behandelt worden war, veränderte es sich körperlich und geistig: nicht nur Haut, Körpertemperatur, Blutcirculation, Skelet kamen zur Norm (in 6 Monaten brachen 15 Zähne durch), sondern die Patientin erkannte auch ihre Umgebung und wurde geistig bedeutend reger. Nach 8 Monaten starb das Kind an Maserupneumonie. Die Section ergab eine minimale Schilddrüse von normaler Structur (wenigstens makroskopisch).

Weyert.

Medicina. Nr. 14—26.

Golowtschiner: «Ueber Placenta praevia». (Nr. 14, 15).

Ueberblick über die modernen Anschauungen in Bezug auf Aetiologie und Therapie.

G. Dowtschinski: «Heilung per primam, ungeachtet beginnender Nekrose der amputirten Knochen». (Nr. 15).

Bei einer Patientin mit Nekrose (nach Osteomyelitis? Ref.) der Fuss- und des unteren Theils der Unterschenkelknochen führte D. die Amputation mit Circulärschnitt an der Grenze des oberen $^1/_3$ aus. Das Periost war an der Amputationsstätte leicht abhebbar, atrophisch, das Knochenmark gelblich verfärbt und verflüssigt, Tibia und Fibula nekrotisch. Die Wunde wurde vernäht und im unteren Winkel drainirt. Die Temperatur blieb normal. Am 8. Tage erster Verbandwechsel, die Wundränder nicht verheilt. Nach 4 Tagen zweiter Verband: «reichlicher Eiter, die Wundränder sind in der Mitte auseinandergegangen, die Nähte nicht entfernt». 2 Tage später «geringe Eiterung», die Wundränder oberflächlich verklebt u. s. w. Erst circa 1 Monat nach der Operation wurde ein Theil der Nähte entfernt, das Drain noch belassen, die Secretion war gering, die Wundränder verheilt. Nach 10 Tagen wurde auch das Drain entfernt.

F. Windscheid: «Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes». (Nr. 16, 18).

Uebersetzung von Slesinger. Schluss.

Golowtschiner: «Ueber Enterocolitis mucomembranacea». (Nr. 17—19).

Referat über eine Arbeit von M. de Langenhagen.

Wirschubski: «Ueber die Wirkung des Kumys auf die Temperatur Tuberkulöser». (Nr. 19).

Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem 21-jährigen Lungenschwindsüchtigen mit Temperaturerhöhung, Schweissen, linksseitigem Spitzenkatarrh nach längerer Verabreichung von Kumys bis 4 Flaschen täglich, die erste Zeit höheres Fieber, später aber, nach $3^1/_2$ Monaten, eine Besserung aller Symptome zu beobachten. Der Kranke nahm in dieser Zeit um 26 Pfund zu. Die oft auch von anderen Autoren verzeichnete Erhöhung der Temperatur im Beginn einer Kumyskur glaubt Verfasser mit Kostjurin von den durch den Kumys dem Organismus reichlich zugeführten Nährstoffen und von einigen anderen Nebenumständen (Strapazen der Reise etc.) abhängig machen zu müssen.

S. Jakowlew: «Angeborene multiple Fibromata mollusca». (Nr. 20).

Ein 17-jähriger Patient war an der ganzen Körperoberfläche bedeckt mit erbsen- bis Hühnereigrossen gestielten oder mehr breitbasig aufsitzenden Fibromen. Ihre Zahl betrug 230, doch waren dem Patienten im 8. Jahre, wo circa 400 Fibrome gezählt wurden, die grössten bereits operativ entfernt worden. Sie waren schon während der Geburt zum grössten Theil vorhanden und wuchsen langsam, aber stetig. Zwecks mikroskopischer Untersuchung excidirte Verfasser 2 Fibrome und fand in der Peripherie der Geschwulst mehr derbes, älteres Bindegewebe, im Centrum lockeres, zellenreiches Gewebe; speciell die Lymphgefässe und Lymphspalten waren von Zellen umgeben, so dass Verfasser annimmt, die Geschwulst verdanke ihren Ursprung den Endothelien der Lymphgefässe.

P. Bondarew: «Ein Fall von Nephritis parenchymatosa nach Erysipelas». (Nr. 20).

Genaue Wiedergabe des Sectionsprotokolles, das nichts besonderes bietet.

Golowtschiner: «Ueber die Blutentziehung und ihre physiologische Grundlage». (Nr. 21, 22).

Loblied auf den seligen Sacharjin und Wiedergabe der Robin'schen Untersuchungen.

A. Wirschubski: «Altes und neues auf dem Gebiet der Secretionsthätigkeit des Magens». (Nr. 23—26).

Zusammenfassendes Referat über die verschiedenen physiologischen Untersuchungen der Magensecretion mit besonderer Hervorhebung der von Pawlow und seinen Schülern gewonnenen Resultate.

Weyert.

Medizinskoje Obosrenije. Juli—August.

S. Partzewski: «Die intermittirende Form der Aneurysmen am Arcus aortae». (Juli.)

Bietet nichts Neues.

J. Russlow: «Zur Symptomatologie der Aneurysmen der Aorta thoracica». (Juli.)

Verfasser weist auf die bei genannten Aneurysmen auftretenden Symptome einer Pulmonalstenose hin, bedingt durch Druck von aussen. Diesem Drucke ist gewöhnlich der linke Zweig der Pulmonalarterie ausgesetzt, dank dem innigen anatomischen Verhältnisse zum Aortenbogen. Das Erkennen der Stenosirung der Lungenpartie ist gewöhnlich recht schwierig, da die characteristischen Symptome (Hyperthropie des rechten Ventrikels, systolisches Geräusch in der Gegend der Pulmonalis, Fehlen oder Abschwächung des 2. Pulmonaltones) häufig nicht vorhanden sind. Im Gegensatz zu der angeborenen Pulmonalstenose beobachtet man häufig, wie Leube gezeigt hat, bei Druck von aussen einen verstärkten 2. Pulmonalton. Als characteristisch für das Bestehen einer Knickung der Pulmonalis bei Vorhandensein eines Aortenaneurysmas sieht Verf. eine Verbreitung der Herzdämpfung nach rechts an, wenn keine anderen Gründe für die Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels zu finden sind und eine Verstärkung des 2. Pulmonaltones — was auf Steigerung des Blutdruckes im kleinen Kreislaufe hinweist. Autor führt einen in dieser Beziehung recht instructiven Fall an.

M. Tschegolew: «Ein Fall von serös-eitriger Pleuritis als Complication der Influenza». (Juli.)

L. Fürst: «Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter». (Juli.)





Autor warnt vor einer längeren Anwendung der pflanzlichen Abführmittel und lobt das bekannte Bitterwasser Hunyadi-Janos, das er sowohl per os, als auch per rectum anwendet. Ist die Kothstauung mehr im oberen Theil des Darms, also im Dünndarme zu vermuthen, so verordnet Fürst 1—2 Esslöffel des erwähnten Wassers auf 4—5 Esslöffel Milch und verabfolgt diese Mischung 2—3 Mal täglich. Sind aber die Faecalien im Colon transversum und descendens angehäuft, so ordinirt Fürst Clysmen (1—1½ Liter Wasser von 16° Temp. mit Zusatz von 1—6 Esslöffeln Hunyadi-Janos). Die grosse Bedeutung der Diät (pflanzliche Stoffe etc.) wird vom Verf. betont.

N. Sack: «Ueber habituelles Nasenbluten bei Kindern». (Juli.) Bietet nichts Neues.

W. Schtschepotjew: «Ueber die Behandlung des Abdominaltyphus». (Juli.)

Im russischen Hospital zu Konstantinopel hatte Autor in sieben Jahren 265 Typhuskranke zu behandeln und erzielte eine recht kleine Mortalität — 8 pCt. Die Behandlung bestand in einer regelrechten Pflege der Kranken — Sorge für gute Luft und entsprechende Ernährung (Milch, Eier, Schleimsuppen). Antipyretica wurden ganz ausgeschlossen. Bäder von 28° R. — bei nervöser Erregung, Delirien.

K. Goniew: «Ueber den therapeutischen Werth des Euchinins». (Juli.)

Nach den Erfahrungen des Autors bietet Euchinin ein vortreffliches Ersatzmittel für das Chinin. In allen Fällen von Malaria, die vom Verf. behandelt wurden, zeigte das Mittel denselben Effect, wie Chinin, doch muss die Dosis etwas grösser genommen werden, für Erwachsene 1,0, für Kinder 0.3. Sehr gut war die Wirkung des Euchinins bei Influenza.

A. Ammossow und J. Troitzki: «Ueber einen Fall von Staphylococcen-Septico-Pyämie»». (August.)

Der Fall ist schon deshalb sehr interessant, weil er in der Stadt Kasan, wo er beobachtet wurde, zu grosser Aufregung Anlass gab: es waren Symptome aufgetreten, welche an die Pest denken liessen und, dank der geographischen Lage der Stadt war eine Einschleppung der Pest wohl denkbar. Es handelte sich um einen 20-jährigen Mann, der in die Kasansche Universitätsklinik am 14. Februar 1897 aufgenommen wurde. In den letzten 3 Jahren waren Intermittensattaquen gewesen, doch soll sich Patient danach erholt haben. Seine jetzige Erkrankung datirte er vom 1. Februar; es soll starker Schüttelfrost eingesetzt haben, Fieber, Brechen in den Gliedern, starke Schwäche und Schmerzen im linken Schultergelenk und in der linken Halsgegend. Die Schüttelfröste wiederholten sich täglich und wichen jetzt weder dem Chinin, noch dem Methylenblau. In der Klinik constatirten die Autoren folgenden Status: der Kranke ist apathisch, somnolent; Cyanose der Extremitäten. Die Zunge belegt. In der linken Halsseite, ungefähr dem mittleren Drittel des Sterno-cleido mastoideus entsprechend, ist Röthe und Schwellung der Hautdecken zu constatiren; dasselbe fand sich auch in der linken Axillar- und linken Inguinalgegend, oberhalb und unterhalb des Poupart'schen Bandes. Der Leib aufgetrieben, die Regio epigastrica auf Druck empfindlich. Die Hals-, supraclavicularen, axillaren und inguinalen Drüsen geschwellt. Im Centrum des Tumors am Halse — deutliche Fluctuation. Die Leber auf Druck schmerzhaft, überragt den Rippenbogen auf 2 Cm., Milz auch vergrössert. Temp. = 39,6. Diazoreaction und Vidal'sche Reaction — negativ. Im Blute sind weder Plasmodien, noch Spirochaeten nachweisbar. Die Diagnose der Krankheit machte wohl Schwierigkeiten und wurde nur dank der eingehenden bacteriologischen Untersuchung des Blutes gestellt, die das Vorhandensein von Staphylococcus pyogenes aureus erwies. — Der weitere Verlauf der Krankheit war der, dass das Fieber anhaltend remittirend blieb, zuweilen jedoch auch intermittirend (von 41° auf 36°) Am 19. Tage der Hospitalbehandlung trat ein haemorrhagisches Exanthem auf. Es entwickelten sich noch weitere Abscesse, so am Schienbein, Unterkiefer, im Mittelohr. Der Kranke starb unter allmählich eingetretener Herzschwäche.

Z. Schabad: «Zur Diagnose des Abdominaltyphus nach Widal. (August.)

Autor unterscheidet nach der Intensität der Reaction 5 Abstufungen: 1. stark positiv: bei einer Verdünnung von 1:50 constatirt man bereits nach 5—10 Minuten, dass die Bacillen ihre Bewegungsfähigkeit einbüssen und zu Netzen und Häufchen zusammenkleben. Nach 15 Minuten ist bereits das ganze Gesichtsfeld von diesen eingenommen, und nach 24 Stunden ist es überhaupt schon schwer etwas an dem Präparate zu erkennen. 2. mittlere positive Reaction: alle Bacillen büssen innerhalb 1—2 Stunden ihre Bewegung ein, doch sind die Netze und Häufchen nicht so dicht, zwischen denselben befinden sich, wenn auch unbewegliche, einzelne Bacillen. 3. zweifelhafte Reaction: neben einer geringen Anzahl von agglutinirten Netzen und unbeweglichen Bacillen finden sich auch bewegliche Bacillen, die ihre Lebensfähigkeit lange Zeit (sogar 24 St.) beibehalten. Die Netze sind nicht dicht. Dieses wird bei 1:50 constatirt. Bei einer Verdünnung von 1:40—20 ist die Agglutination deutlicher ausgesprochen, doch finden sich noch bewegliche Bacillen, bei 1:10 ist die Reaction vollkommen positiv. 4. mittlere negative Reaction. Bei 1:10—20 behalten die Bacillen noch ihre Bewegungsfähigkeit innerhalb 24 Stunden, doch bilden sich auch Netze und Häufchen. 5. ausgesprochene negative Reaction: die Bacillen bewegen sich auch bei 1:10, nach 24 Stunden haben sie sich vermehrt, und Agglutination ist nicht zu constatiren. Nach den Erfahrungen des Autors sind für Abdominaltyphus ausschlaggebend die 1. und 2. Reactionen bei 1:50 und gegen Abdominaltyphus die 4. und 5. Die Schwere der Krankheit beeinflusst die Intensität der Reaction, besonders aber die Dauer der Reaction. Die positive Reaction kann sich am 5. bis 6. Krankheitstage einstellen und innerhalb eines ganzen Jahres nach der Genesung des Kranken verbleiben. — Statt des Blutes und des Blutserums kann man eine gleichwerthige Reaction mit jeder serösen Flüssigkeit (Vesicatorblase, Decubitusblase etc.) erhalten. Sind keine frische Typhusbacillenculturen zu haben, so kann man auch Formalinculturen (1—2 Tropfen auf 5 Ccm. einer 24stündigen Bouilloncultur) verwenden.

N. Michailow: «Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexa». (August.)

Autor weist darauf hin, wie wichtig die Behandlung des Uterus und der Vagina sei bei Vorhandensein von Entzündungen der Tuben und Ovarien. Im Hospital zu Rostow werden solche Kranke mit täglichen Sublimatirrigationen (1:2000) behandelt. Diese wirken desinficirend auf die Vaginal- und Uterusschleimhaut und verhindern auf diese Weise das Verschleppen von Infectionsstoffen in die Tuben und in die Lymphgefässe; gleichzeitig werden auch die üblichen Mittel angewandt: absolute Ruhe, Bäder, heisse Scheidenspülungen, Compressen auf den Leib etc. Die vom Verf. angeführten Krankengeschichten illustriren den günstigen Einfluss einer solchen Therapie bei Parametritiden und bei Salpingo-Oophoritis.

N. Ssjetkin: «Ein Fall von doppelseitigem papillären Cystom der Ovarien und Vaginalcyste». (August.)

N. Wersilow: «2 Fälle von Compression des Rückenmarks». (August.)

Autor referirt über 2 von ihm beobachtete Fälle von Compression des Rückenmarks durch Tumoren und bringt recht eingehende und interessante mikroskopische Befunde. In beiden Fällen entwickelten sich die Geschwülste so, dass die vordere und seitliche Fläche des Rückenmarks zunächst dem Drucke ausgesetzt werden musste. Autor betont, dass das classische und frühzeitig einsetzende Symptom bei Rückenmarkstumoren — die characteristischen Schmerzen fehlt, wenn die Geschwulst die vordere Fläche des Rückenmarks zunächst comprimirt; in diesen Fällen treten zuerst Erscheinungen von Seiten der motorischen Sphäre ein: Krampfbewegungen, spastische Zustände, Paresen.

Gredinger: «Zur Technik des hohen Steinschnittes». (August.)

Auf Grund seiner Erfahrungen lobt Autor die Sectio alta als eine leichte und ungefährliche Operation. In allen Fällen, selbst bei Bestehen einer Cystitis räth er die Blasennaht anzulegen. Bei der Nachbehandlung soll man das Einführen des Katheters vermeiden.

W. Potejenko: «Ueber die Behandlung der Uraemie mittels subcutaner Infusion von Kochsalzlösung». (August.)

Von dieser Therapie hat Autor äusserst günstige Resultate gesehen, in einem Falle erwies sich dieselbe als direct lebensrettend. Abelmann.

Russkij Archiv Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Bd. V, Abth. 6; Bd. VI, Abth. 1.

W. Podwyssotzki und W. Taranuchin: «Ueber die Plasmolyse bei Milzbrandbacterien in Verbindung mit der Frage von der Zellmembran der Bacterien und von der Brown'schen Bewegung».

Zum Studium der Plasmolyse gebrauchten die Verfasser als Medium Kalbshirn: 200,0 frischen Hirns werden sorgfältig

zerrieben und mit 1000,0 destillirten Wassers 24 Stunden lang in der Kälte stehen gelassen. Hernach wird diese 20%-ige Emulsion 1/2 Stunde lang im Autoclav gekocht (bei 100°); als Zusätze nehmen sie 5,0 Kochsalz, 16,0 Agar und 15,0 Pepton. Das ganze Gemisch wird dann nochmals 1/4 Stunde bei 120° erhitzt. Das Medium wird alsdann filtrirt und sterilisirt. Man kann sich mit Hülfe dieses Mediums von dem Vorhandensein einer Zellmembran bei den Milzbrandbacterien leicht überzeugen, auch gelingt es auf diese Weise die Erscheinungen der Plasmolyse und der eigenthümlichen Brown'schen Schwingungen der Bacterien zu studieren. Die näheren Details sind im Original nachzulesen, das übrigens in den Annales de l'Institut Pasteur in französischer Uebersetzung demnächst erscheinen soll.

N. Winogradow: «Ein calcinirtes Gumma in den Nebennieren bei hereditärer Lues».

Unter 420 Fällen von congenitaler Syphilis, die Verfasser auf dem Sectionstisch, näher untersucht hat, fand er in einem Falle ein calcinirtes Gumma in der rechten Nebenniere.

J. G. Ssawtschenko: «Die sporozoiden Parasiten in malignen Tumoren und die pathogenen Hefepilze».

Autor hatte Gelegenheit den Eiter einer Kranken, die an chronischen multiplen Abscessen litt, zu untersuchen und fand in demselben Hefezellen. Bei einem mit diesem Eiter geimpften Meerschweinchen entwickelten sich im Verlaufe eines Monats Lymphdrüseninfiltrate, das Thier wurde getödtet, und in dem Inhalt der Drüsen fand Autor eine Menge characteristischer knospender Hefezellen. Die Drüsen wurden in Alkohol und Flemming'scher Lösung gehärtet. Die mit Carmin und Gentiana nach Gram gefärbten Schnitte ergaben folgendes Bild: der ganze centrale Theil der Drüse ist von knospenden Hefezellen, die im Bindegewebenetz eingelagert sind, ausgefüllt. In der äussersten Peripherie der Drüse findet man endotheliale, zuweilen vielkernige Zellen, die in ihrem Protoplasma Hefezellen enthalten; daneben finden sich letztere auch frei mit stark gequellter Membran-Bilder, analog denen, die von Sanfelice beschrieben worden sind. Einen anderen morphologischen Charakter zeigten die Hefezellen in denjenigen Praeparaten, die mit Magent oder mit Carbolfuchsin gefärbt worden waren (eine Tinctionsmethode, die Autor zum Studium der Parasiten in malignen Tumoren gebraucht). Gleich auf den ersten Blick erkennt man eine ausgesprochene Aehnlichkeit der Hefepilze mit den Parasiten der Tumoren: sie lassen ebenfalls in ihrer Peripherie eine schleimige Schicht wahrnehmen, man erhält alle Farbenreactionen auf Schleim, unter anderem auch die sog. Metachromasiereaction: nach Behandlung mit Flemming'scher Lösung und Färbung mit rothen Anilinfarben, nimmt diese Schleimschicht eine violette Farbe an. Die Aehnlichkeit mit den Tumorenparasiten tritt noch viel eclatanter hervor bei Betrachtung des centralen Theiles der Hefen, man findet da amoeboide Protoplasmahaufen, die Chromatinkerne enthalten, hie und da constatirt man, dass das Chromatin sich getheilt hat, und dementsprechend theilt sich auch das Protoplasma. das dabei eine gestreckt ovale Form annehmen kann und dann den amoeboeiden und wurmförmigen Gebilden, die im Inneren der «Schleimvacuolen» der Krebszellen gefunden werden, ähnelt. Autor kommt zum Schlusse, dass die Parasiten der malignen Tumoren zur Gruppe der pathogenen Hefen gehören.

P. Tsiklinsky: «Ueber thermophile Mikroben».

Eingehende Beschreibung zweier Actinomycesarten, die bei einer Temperatur von 48°—68°C am besten gedeihten.

L. Tarassewitsch: «Ueber Alterationen des Centralnervensystems in einem Falle von 35-tägiger Inanition».

Das vom Autor untersuchte Gross- und Kleinhirn stammte von einem Fanatiker, der sich durch absolutes Hungern das Leben genommen hatte. Es galt durch die Nissl'sche Methode die Alterationen der Nervenzellen zu studiren. Im Allgemeinen waren die Veränderungen an den Nervenzellen viel geringer als an den Zellen der anderen Organe. Im Cerebellum fand T. eine geringe Chromatolyse der Purkinje'schen Zellen. In der Hirnrinde constatirte er ausser der Chromatolyse, Vacuolisation des Zellprotoplasma und starke Pigmentablagerung in den Zellen. Das Gefässsystem ist blutüberfüllt. Diese Beobachtungen beweisen zur Evidenz die Widerstandsfähigkeit des centralen Nervensystems.

S. Stchastny: «Ueber Alteration der inneren Organe in einem Falle von 35-tägiger Inanition».

In dem eben erwähnten Falle von Hungertod (die Leiche sah wie ein mit Haut überzogenes Skelett aus) untersuchte S. die inneren Organe. Näheres im Original.

Band VI, Abth. 1.

W. Taranuchin: «Ueber den Einfluss des Lecithins und der Lecithinhaltigen organischen Produkte (Eidotter, Hirn) auf die Biologie des Milzbrandbacillus».

Die Resultate der mühsamen Untersuchungen des Verfassers sind folgende: Wird zum gewöhnlichen Fleisch-Pepton-Agar reines Lecithin, oder Eidotter oder zerriebene Hirnmassen (Kalbshirn) hinzugefügt, so wird das Wachsthum des bac. anthracis um das 2—4 fache vermehrt. Das reine Lecithin befördert das Wachsthum der vegetativen Formen und der Vaccine, verzögert dagegen die Sporenbildung, letztere wird durch Eidotter befördert. Die schon makroskopisch wahrnehmbare Vergrösserung der Cultur hängt nicht von der etwaigen Verlängerung der einzelnen Stäbchen ab, sondern von der rascher vor sich gehenden Theilung derselben. Das Kochen der lecithinhaltigen Medien beschränkt in bedeutendem Maasse die stimulirende Kraft des Lecithins. Eine 20%-ige Hirn-Pepton-Agarcultur lässt deutlich die Brown'sche Molecularbewegung der Bacillen erkennen.

A. Mankowsky: «Ueber Alterationen des centralen Nervensystems bei acuter und chronischer Morphiumintoxication».

An verschiedenen Thieren (Hunden, Meerschweinchen, Kaninchen, weissen Mäusen) studierte M. mit Hülfe der Nissl'schen Methoden die Veränderungen der Nervenzellen. Er fand, dass der Grad der Zellenalteration nicht von der Menge des eingeführten Morphiums, sondern von der Dauer seiner Wirkung abhängt. Bei acuter Intoxication constatirte er an den Nervenzellen verschiedene Grade von Chromatolyse (Verschwinden der Nissl'schen Kerne in der Peripherie. Veränderungen in Form und Grösse derselben im Centrum). Nucleus und Nucleolus unverändert. Bei chronischer Intoxication constatirte M. die höchsten Grade der Chromatolyse bis zum gänzlichen Verschwinden der Differenzirung der chromatophilen Substanz; letztere stellt eine kleinkernige Masse dar, die unregelmässig im ganzen Zellkörper und den Ausläufern zerstreut ist. Es treten dann Vacuolenähnliche, chromatinlose Stellen auf. Die Contouren des Kerns schwinden, werden sehr unregelmässig. Die vom Verf. constatirten Veränderungen sind, wie er betont, durchaus nicht charakteristisch nur für Morphiumintoxication, vielmehr können sie bei verschiedenen Intoxicationen beobachtet werden.

K. Rutkewitsch: «Ueber Serodiagnostik des Recurrens in der Apyrexie».

Eine Recurrensepidemie in Kiew gab dem Autor die Veranlassung die bactericide Fähigkeit des apyratischen Blutes zu prüfen. In allen 26 Beobachtungen erhielt er positive Resultate, während er in 9 Fällen von anderen Erkrankungen negativen Befund constatiren konnte; auf Grund dieses schliesst R., dass das apyretische Blut der Recurrenskranken specifische. bactericide Fähigkeit besitzt.

O. Bjegun: «Blutuntersuchungen in verschiedenen Perioden des Geburtsactes und über den heutigen Stand der Frage von der Chlorose».

Auf Grund zahlreicher Untersuchungen fand Autor, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen im letzten Tage der Schwangerschaft etwas vermindert ist; unter dem Einflusse des Geburtsactes tritt diese Verminderung noch mehr hervor. Die Regeneration der rothen Blutkörperchen geht aber rasch von Statten, so dass schon am 6. Tage des Wochenbettes ihre Zahl der kurz vor dem Beginn der Geburt constatirten Zahl entspricht. Dagegen steigt am letzten Tage der Gravidität die Zahl der weissen Blutkörperchen an, um während des Geburtsactes noch bedeutender zu steigen, hier betrifft sie das Dreifache der Norm. Vom 2—3. Tage des Puerperiums beginnt das Sinken der Zahl der weissen Blutkörchen, um am 6. Tage wieder die Anfangszahl zu erreichen. Das Verhältniss zwischen der Zahl der rothen und der der weissen Blutkörperchen ändert sich am letzten Tage der Gravidität zu Gunsten der weissen, am ersten Tage nach der Geburt erreicht dieses Verhältniss das minimum, am 6. Tage ist es zwar grösser, als am letzten Schwangerschaftstage, jedoch noch immer geringer, als die Norm. Sowohl die Hämoglobinmenge, als auch das specifische Gewicht sind am letzten Graviditätstage geringer, als normal; bald nach der Geburt sinken die betreffenden Werthe noch mehr, und erst vom 2. Tage des Puerperiums an beginnen die Werthe anzusteigen, ohne jedoch am 6. Tage die Norm zu erreichen. Am letzten Tage der Schwangerschaft ist der Procentgehalt der jungen Körperchen bedeutend verringert; bald nach der Geburt nimmt derselbe zu und erreicht die Norm am 6. Tage. Die Zahl der reifen Körperchen schwankt in physiologischen Grenzen, dagegen sind die überreifen Elemente am letzten Graviditätstage vermehrt und unter dem Einflusse des Geburtsactes verringern sie sich.

Verfasser hat ferner Blutuntersuchungen an chlorotischen Kranken angestellt und gelangt zur Schlussfolgerung, dass für die Chlorose eine Verminderung der rothen Blutkörperchen durchaus nicht charakteristisch sei, vielmehr kommt hier in erster Linie in Betracht die Verarmung der rothen Blutkörperchen an Hämoglobin, nicht aber, dass mehr Hämoglobin zerstört, sondern, — dass weniger gebildet werde.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 17 Октября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.



Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". **1898.**

Wratsch Nr. 27—35. 1898.

W. Buschujew: «Zur Frage der Ernährung der Typhuskranken». (Nr. 27, 29 und 31).

Feste Nahrung wird, bekanntlich, den Typhuskranken von den meisten Klinikern streng verboten. Es liegen aber jetzt schon Beobachtungen vor, welche beweisen, dass auch feste Nahrung von Typhuskranken nicht nur gut vertragen wird, sondern, dass auch der Verlauf des Abdominaltyphus dabei ein rascherer und milderer ist. Auf diese Beobachtungen sich stützend versuchte Verf. im Kijew'schen Militärhospital einer Reihe von typhuskranken Soldaten feste Nahrung zu reichen. Jeder bekam täglich 1³/₄ Pfund Weissbrod, 40—42 Solotnik gekochten Fleisches, 1 Kotelett und Suppe; ausserdem Thee, Wein (1—2 Unzen) und Moosbeerentrank, zuweilen auch 1 Ei und etwas Milch. Gleichzeitig bekam eine 2. Reihe von Soldaten in demselben Hospital fast ausschliesslich flüssige Nahrung: 2 Liter Milch und 1—2 Eier. Von der ersten Reihe (80 Soldaten) sind 8 gestorben (Mortalität = 10 pCt.), von der zweiten (74 Soldaten) — 9 (Mortalität = 12,1 pCt.). Auch das pCt. der, in Folge der Unfähigkeit den Dienst fortzusetzen, Entlassener und die Dauer des Fiebers waren bei der 1. Reihe etwas geringer, als bei der 2. Reihe. Was die einzelnen Krankheitserscheinungen und Complicationen anbetrifft, so fühlten sich die Patienten, welche reichliche feste Nahrung bekamen, bedeutend besser, als die der 2. Reihe. Der Appetit war gut, die Zunge blieb die ganze Zeit rein; kein Meteorismus, keine Leibschmerzen, kein Aufstossen. Die Zahl der täglich entleerten Stühle betrug gewöhnlich 2, sehr selten 3—4. Sie hatten nie das Aussehen der erbsenbreiigen Stühle. Darmblutungen waren bei der festen Nahrung durchaus nicht häufiger, als bei der ausschliesslich flüssigen. Darmperforationen kamen in den letzten 2 Jahren, seit der Einführung der festen Nahrung, bei 509 Patienten nur 1 Mal vor, diffuse Peritonitis — 2 Mal. Recidive waren nicht häufiger, Otitis media und Parotitis viel seltener, Decubitus kam überhaupt nicht vor. Der allgemeine Ernährungszustand litt bei der festen Nahrung viel weniger, als bei der flüssigen; dem entsprechend war auch die posttyphöse allgemeine Schwäche viel weniger ausgesprochen.

S. Afanassjew: «Bacteriologische Untersuchung des Typhus recurrens». (Nr. 27, 29, 31 und 32).

Prof. W. Obraszow: «Zur Diagnostik des Carcinoms und der Tuberkulose des Blinddarms, der tuberkulösen Perityphlitis und Tuberkulose des Ileum». (Nr. 27 und 28).

Auf Grund der von ihm intra vitam genau diagnosticirten Erkrankungen des Ileums und Coecums und zwar: 2 Fälle von Carcinom des Blinddarms, 5 Fälle von Tuberkulose desselben, 1 Falles von tuberkulöser Perityphlitis und 1 Falles von Tuberkulose des Ileum glaubt Verf., dass die Erkrankungen der Bauchorgane, speciell des Darms, ebenso genau diagnosticirt werden können, wie die Erkrankungen der Brustorgane.

N. Wyschemirski: «Eine sehr einfache Methode zur Quecksilberbestimmung im Harn». (Nr. 29).

500 ccm. des zu untersuchenden Harns werden mit 25—30 ccm. einer concentrirten Schwefelsäure in einem Kolben vermischt und geschüttelt. Darauf werden 30—40 ccm. chemisch reiner (1:12) Salzsäure zugesetzt. Nachdem werden in den Kolben 3 Meter Christbaum-Schmuck aus Messing gelegt. Nach 24 Stunden schlägt sich das ganze Quecksilber amalgamartig auf das Messingplättchen nieder; das Quecksilber kann dann durch Wägen des Messingplättchens bestimmt werden oder durch die Farbenmethode, indem man das Quecksilber durch Erwärmen mit Jod in einem Reagenzgläschen in das hellrothe Quecksilberjodid umwandelt.

D. Schirschow: «Ueber die Ursachen der langdauernden Geburt beim Uterus arcuatus». (Nr. 29).

Die Eigenthümlichkeiten des vom Verf. beobachteten Falles (23-jährige, erstgebärende Bäuerin) waren: 1) Uterus arcuatus; 2) schiefe Lage des Uterus mit nach vorn hervortretender linker Hälfte; 3) etwas schiefe Lage des Kindes; 4) allgemein-verengtes Becken mit einer conjugata vera von 9 ccm.; 5) Wehenschwäche. Die Geburt dauerte etwa 60 Stunden vom Beginn der Wehen und 14 Stunden nach dem Fruchtwasserabfluss und wurde durch die Zange beendigt. Verf. meint, dass die einzige Ursache die mangelhafte Entwickelung der Muskulatur am Fundus des Uterus arcuatus war.

A. Trapesnikow: «Die Hypnose, als Mittel gegen das Rauchen». (Nr. 29).

Verf. hat 24 Raucher der Hypnose unterworfen. 6 von ihnen sind nicht eingeschlafen. Von den übrigen haben 8 ganz aufgehört zu rauchen; 4 haben nur 4 Tage nach der Suggestion nicht geraucht; 5 - eine bis zwei Wochen; von 1 hat Verf. keine weitere Nachrichten.

A. Bernstein: «Ein Fall von multipler Neuritis in Folge hartnäckiger Verstopfung». (Polyneuritis cophraemica). (Nr. 29).

Ein 24-jähriges, hereditär zu Nervenkrankheiten praedisponirtes, Mädchen erkrankte an Delirium acutum. Nach hartnäckiger Verstopfung entwickelten sich, gleichzeitig mit heftigen Magendarmerscheinungen, leichter Temperatursteigerung und raschem Sinken des allgemeinen Ernährungszustandes, symmetrische Paralysen besonders an den unteren Extremitäten mit Atrophie der Muskulatur und Schwinden der Patellarreflexe. Die Neuritis schwand nach einigen Monaten, und bald darauf wurde auch der psychische Zustand normal.

L. Mertens: «Extractum pini sylvestri (L. aquosum) bei einigen Hautkrankheiten». (Nr. 29).

(Vorläufige Mitteilung).

Das extractum pini, mit dem Verf. seine Versuche anstellte, wird von der Markow'schen Fabrik in Buja (Gouv. Kostroma) bereitet. Er gebrauchte dasselbe bei Prurigo, Psoriasis und Herpes tonsurans. Die Pinselungen wurden gewöhnlich 1 Mal täglich, zuweilen sogar 1 Mal in zwei Tagen gemacht. Vor jeder neuen Einpinselung wurde der betreffende Körpertheil mit Wasser abgewaschen. Dabei konnte man beobachten: a) rasches Schwinden des Juckens, b) Abnahme der Hyperaemie und c) eine antiparasitäre Wirkung beim Herpestonsurans. Zu den unangenehmen Eigenschaften des Extractes gehören: 1) Abkühlung der eingepinselten Hautpartien, so dass die Patienten über Kältegefühl klagten; 2) Unter dem Einfluss der Wärme und Hautausdünstungen werden die eingepinselten Partien wieder klebrig und beschmutzen die Wäsche. Ausser des reinen Extractes wurden auch Mischungen desselben mit verschiedenen anderen Medicamenten (Ichthyol, Chrysarobin, Naphthol, Schwefel) angewandt.

A. Ebermann: «Ueber die combinirte Bromaethyl-Chloroformnarcose». (Nr. 30 und 31).

Die Narcose wird mit Bromaethyl begonnen, von dem im Laufe 1 Minute etwa 5,0 g. verbraucht wird und mit Chloroform fortgesetzt, von dem in 20—25 Minuten 15,0 g. verbraucht werden. Auf Grund der von ihm ausgeführten 481 combinirter Narcosen, bei denen Verf. auch 1 Todesfall erlebt hat, glaubt er folgende Vorzüge der Bromaethyl-Chloroformnarcose verzeichnen zu können: rasches Eintreten der Anaesthesie, geringe Quantität Bromaethyl und Chloroform, die zur Narcose nothwendig sind, Fehlen schwerer Erscheinungen beim Einschlafen und während der Narcose, leichtes Aufwachen und gutes Befinden der Patienten nach derselben. Bei den bis jetzt bekannt gewordenen 2193 combinirten Narcosen sind 4 Todesfälle während derselben und 3 nach der Operation vorgekommen.

Prof. G. Turner: «Ueber die Herstellung einiger einfacher orthopaedischer Apparate». (Nr. 30).

N. Marjantschik: «Zur Frage von dem Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und Nachgeburtsperiode bei jungen Erstgebärenden». (Nr. 31).

(Vorläufige Mittheilung).

Auf Grund des Materials der geburtshülflichen Anstalt von Terestschenko in Kiew, in der von 1891 bis 1898 J. 446 Erst-

gebärende im Alter von 16 bis 20 Jahren Aufnahme gefunden haben, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Bei jungen Erstgebärenden treten die Menses durchschnittlich früher auf, als sonst in der betreffenden Gegend.

2) Je jünger die Erstgebärende, desto früher durchschnittlich treten bei ihr die ersten Menses auf.

3) Diejenigen die ihre Menses früher bekommen haben, fangen auch früher ihr Geschlechtsleben an.

4) Je später das Geschlechtsleben beginnt, desto mehr Aussichten sofort schwanger zu werden.

5) Ohne jegliche Beschwerden verläuft die Schwangerschaft nur bei 1/4 der jungen Erstgebärenden.

6) Je jünger die Erstschwangere, desto schwerer der Verlauf der Schwangerschaft.

7) Je jünger die Erstschwangere, desto leichter treten Aborte ein.

8) Mit dem Alter nimmt die Zahl der engen Becken ab.

9) Alle Beckendurchmesser vergrössern sich bis zum 20. Lebensjahre.

10) Kopflagen sind bei jungen Erstgebärenden viel häufiger.

11) Die Häufigkeit der Kopflagen wächst bei jungen Erstgebärenden parallel dem Alter derselben.

12) Die Dauer der Geburt ist desto grösser, je jünger die Erstgebärende.

13) Die Nachgeburtsperiode zeigt das umgekehrte Verhältniss.

14) Je älter die Erstgebärende, desto seltener kommt Wehenschwäche vor.

15) Je älter die Erstgebärenden, desto häufiger kommen bei ihnen vor: vorzeitiger und früher Fruchtwasserabfluss, zu dicke Eihäute und Retention derselben, Nabelschnurvorfall und Umschlingung.

16) Je älter die Erstgebärende, desto seltener braucht die Placenta künstlich entfernt zu werden, weil sie sich häufiger selbst ablöst.

17) Je älter die Erstgebärenden, desto seltener kommt bei ihnen Retention von Placentartheilen vor.

18) Bei jungen Erstgebärenden kommen Eclampsien, Blutungen während und nach der Geburt, Dammrisse und andere Verletzungen der Weichtheile seltener vor.

19) Die Häufigkeit der Zangen ist umgekehrt proportional dem Alter der Erstgebärenden.

20) Bei jungen Erstgebärenden werden mehr Mädchen geboren, als sonst.

21) Je jünger die Mutter, desto leichter und kürzer die Frucht und desto geringer ist der Kopfumfang derselben.

22) Die Mortalität der Kinder in der ersten Lebenwoche ist bei den von Müttern im 16. und 17. Lebensjahre geborenen am grössten.

23) Das durchschnittliche Procent der Fiebernden ist unter jungen Erstgebärenden höher, als gewöhnlich.

24) Wochenbettserkrankungen sind bei ihnen häufiger, als gewöhnlich.

25) Das Procent der Fiebernden und im Wochenbett erkrankten ist desto höher, je älter die Gebärende.

P. Kasem-Beck: «Medicinischer Bericht der Privat-Heilanstalt der Frau Beljawskaja in Shelesnowodsk». (Nr. 31).

Prof. F. Ewezki: «Zur Pathologie der Retinitis albuminurica». (Nr. 32 und 33).

Bei einem 42-jährigen Nephritiker mit doppelseitiger Retinitis albuminurica wurden am rechten Auge Netzhautablösung, gesteigerter intraocularer Druck und unbestimmbare schwarze Massen in der Gegend des Corpus ciliare und der Chorioidea d. h. die Erscheinungen des secundären Glaucoms constatirt. Bekanntlich kommt Glaucom bei Retinitis albuminurica nie vor. Die schwarzen Massen als abgelöste Chorioidea zu betrachten war unmöglich, da solch eine Complication der Retinitis albuminurica noch nie beschrieben wurde. Prof. Maklakow glaubte daher, dass es sich um eine Combination von Retinitis albuminurica mit intraocularem Sarcom handle und machte deshalb die Exenteratio bulbi. Bei der anatomischen Untersuchung des Auges wurde kein Sarcom gefunden, sondern eine Ablösung des Corpus ciliare und der Chorioidea. Das Corpus ciliare war in seiner ganzen Länge abgelöst und hing mit der Sclera nur in der Gegend des Schlemm'schen Kanals zusammen. Die Chorioidea lag der Sclera nur in einer Entfernung von 6—8 mm. vom Sehnerven an. Die Chorioideaablösung war besonders in der Gegend des hinteren Theiles des Corpus ciliare ausgesprochen, wo ihre Höhe etwa 5—6 mm. betrug, weiter nach hinten war dieselbe geringer. Die Retina war ebenfalls abgelöst. Hinter der Retina fand sich eine geronnene graue Masse von unbestimmter Structur. Der Glaskörper war ebenfalls zu einer grau-gelblichen Masse geronnen. Es folgt darauf die genaue mikroskopische Untersuchung des Auges.

G. Rubinstein: «Zur Frage über die Hystogenese des primären Lungencarcinoms». (Nr. 32).

E. Nilsen: «Ein Fall tonischer Zuckungen der einen Gesichtshälfte und klonischer Zuckungen des Larynx bei einem Hysterischen». (Nr. 32).

Die vom Verf. bei einem Soldaten beobachteten Contracturen der Gesichtsmuskeln unterscheiden sich von den bis jetzt beschriebenen durch das gleichzeitige Bestehen klonischer Zuckungen des Larynx. Am Halse des Pat. konnte man rasche rhythmische Bewegungen des Zungenbeins und des Larynx nach oben und unten beobachten, die von klonischen Zuckungen der Heber des Zungenbeins abhängig waren, die von motorischen Aesten des Facialis versorgt werden. Beim Sprechen blieben die Zuckungen aus. Ausserdem zeigte Pat. noch mehrere hysterische Erscheinungen: Sensibilitätsverlust an der vorderen Halsfläche und am rechten Beine. Einengung des Gesichtsfeldes, Schmerzpunkte, Fehlen der Reflexe seitens der Rachenschleimhaut und des Auges und Steigerung der Sehnenreflexe.

S. Barski: «Ein Fall einer seltenen Hautkrankheit, acanthosis nigricans». (Nr. 33, 35 und 37).

Die für diese Hautkrankheit characteristischen Erscheinungen sind: Vermehrung des Hautpigmentes, Hypertrophie der Hautpapillen, Veränderungen der Schleimhäute, der Nägel und Haare und mehr oder weniger ausgesprochene Störungen des allgemeinen Ernährungszustandes. Am Halse, Nacken, in der Umgebung des Anus und der äusseren Geschlechtstheile ist die Pigmenthypertrophie immer zu finden, zuweilen aber auch in der Axelhöhle, am Nabel, Händen, Brustwarzen und Ellenbeugen. Ausser der constanten Localisation ist für die Pigmentirung noch ihre symmetrische Lage an beiden Körperhälften charakteristisch. Die Hypertrophie der Hautpapillen ist entweder eine mehr diffuse und wenig hervortretende, oder eine mehr localisirte und von papillomartiger Beschaffenheit, indem die einzelnen Erhabenheiten höher werden und durch tiefe Furchen von einander getrennt sind. In den Fällen hochgradiger Entwickelung kommt es sogar zur Bildung grösserer Tumoren. Sie zeigt dieselbe Localisation und symmetrische Anordnung, wie die Pigmenthypertrophie. Die Papillarhypertrophie betrifft ausser der Haut, auch die Schleimhäute der Nase, Lippen, des Zahnfleisches, der Wangen, Gaumens und besonders der Zunge. Letztere ist in diesen Fällen von langen, dünnen hypertrophischen Papillen bedeckt und fühlt sich sammetartig an. Die Haare werden trocken und brüchig und fallen leichter aus. Die Nägel werden dick, trocken und brüchig. Die Patienten sehen kachectisch aus und klagen über Schmerzen im Magen oder im Leibe überhaupt. Schon bei flüchtiger Untersuchung lässt sich bei ihnen eine carcinomatöse Neubildung im Abdomen nachweisen. Es giebt aber auch Fälle, in denen keine Beeinträchtigung des Ernährungszustandes und keine Carcinome vorhanden sind. Verf. beschreibt darauf alle in der Literatur bekannt gewordene Fälle und den von ihm selbst beobachteten Fall. Letzterer betraf einen 13-jährigen Knaben, bei dem die Krankheit sich vom 2. Lebensjahre zu entwickeln begonnen hat und eine colossale Ausbreitung erreicht hat. Carcinom war bei ihm nicht vorhanden und der allgemeine Ernährungszustand desselben liess nichts zu wünschen übrig.

N. Ssokolow: «Temporäre Resection der äusseren Orbitalwand bei Entfernung retrobulbärer Neubildungen». (Nr. 33).

Nach einem vor 7 Jahren überstandenem Trauma entwickelte sich bei einer 48-jährigen Bäuerin ein allmählig zunehmender Exophthalmus des linken Auges und Abnahme der Sehschärfe; vor 10 Monaten trat vollständige Blindheit ein. Bei der Untersuchung wurde an der unteren Orbitalwand eine derbe, in die Tiefe der Orbita sich fortsetzende Neubildung constatirt und als Sarcom diagnosticirt. Zur Entfernung derselben wurde zuerst die äussere Orbitalwand nach der von Krönlein im Jahre 1889 beschriebenen Methode resecirt und darauf die Geschwulst selbst ausgeschält. Es war ein hühnereigrosses cavernöses Angiom, das den unteren-inneren und äusseren Theil der Orbita einnahm. Die Ausschälung ist vollkommen gelungen, das Auge kehrte in seine frühere Lage zurück, wobei anstatt des Exophthalmus etwas Enophthalmus eingetreten ist. 6 Wochen nach der Operation konnte Pat. Nr. 40 der Snellen'schen Tabelle in 1 Meter Entfernung deutlich lesen.

M. Kusnezow: «Die operative Behandlung der Aneurysmen durch Ausschälung ihres Sackes». (Nr. 33 und 34).

Es handelte sich um ein eiförmiges, faustgrosses Aneurysma der Arteria brachialis an der Beugeseite des rechten Ellbogens einer 47 jährigen Bäuerin. Nach Unterbindung und Durchschneidung der zu- und abführenden Gefässe gelang es dem



Verf. den Aneurysmasack zu exstirpiren und vollständige Heilung zu erzielen.

J. Kolbassenko: «Die Lepra im transbaikalischen Gebiete». (Nr. 33).

Verf. giebt eine genaue Beschreibung des ersten in dieser Gegend von ihm beobachteten Leprafalles, der im Uebrigen nichts Neues darbietet.

W. Tonkow: «Die Blutgefässe der Lymphdrüsen». (Nr. 34).

F. Hellat: «Die adenoiden Vegetationen bei Erwachsenen». (Nr. 34).

Verf. beobachtete etwa 70 Fälle derselben, von den 46 von ihm mit bestem Erfolg operirt wurden. Er giebt darauf eine kurze Uebersicht der bekannten Symptome und Therapie dieser Krankheit.

Prof. W. Stroganow: «Zur Pathogenese der Eclampsie. (Nr. 26 u. 35).

Auf Grund der in den letzten 4 Jahren im klinischen Hebammeninstitute beobachteten 82 Eclampsiefälle glaubt Verf., dass die Eclampsie eine Infectionskrankheit ist, wofür folgende klinischen Erscheinungen der Krankheit sprechen: 1) Die Eclampsie ist eine allgemeine Erkrankung, bei der alle parenchymatösen Organe betroffen werden. 2) Sie ist eine acute Erkrankung, die plötzlich oder nach leichten Vorläufern einsetzt und rasch endet. 3) Sie ist eine fieberhafte Erkrankung, bei der die eclamptischen Anfälle von der Temperatursteigerung unabhängig sind, da letztere in vielen Fällen erst nach dem ersten Anfall eintritt. 4) Die von der Eclampsie Betroffenen werden für einige Zeit gegen sie immun. 5) Der sog. Genius epidemicus ist bei der Eclampsie stark ausgesprochen (so starben im Jahre 1896—97 im Hebammeninstitute 25 pCt. aller Eclamptischen, während im Jahre 1897—98 von 19 Fällen keine einzige gestorben ist). 6) Sehr häufig wird eine ganze Reihe von Eclampsiefällen beobachtet. Sie tritt zuweilen bei Gebärenden und Wöchnerinnen ein, die neben oder in einem Zimmer mit einer Eclamptischen liegen, oder epidemisch in einem Hause, bei einer Hebamme. Verf. konnte im Institute häufig folgende Erscheinung beobachten: nach dem Eintreten in dasselbe einer Eclamptischen oder nach dem Erkranken an Eclampsie einer im Institute befindlichen Patientin traten in den nächsten 2 Tagen neue Erkrankungen auf. Alle seine Behauptungen illustrirt Verf. durch mehrere Tabellen.

A. Tschirikow: «Ueber Desinfection der Hände des Operateurs und seiner Gehilfen». (Nr. 35).

(Vorläufige Mittheilung).

Sacher.

Eshenedelnik Nr. 26—40.

A. Karschin: «Ein Fall von Retinitis proliferans». (Nr. 26.)

Die Papille des rechten Auges ist in Folge von Neubildung von Bindegewebe, das in seiner Form an einen an seinen Ecken abgerundeten Rhombus erinnert, nicht sichtbar und macht den Eindruck festen Gefüges. Ausserdem besteht Perivasculitis, die Gefässe sind dünn, radiär verlaufende helle Fleckchen auf dem Augenhintergrund. Sehvermögen stark reducirt. Das linke Auge hat nichts Abnormes. Als aetiologisches Moment für eine derartige Neubildung von Bindegewebe wird eine vorher stattgehabte Blutung angesehen. Möglicherweise kann man auch in diesem Fall ein Trauma anschuldigen.

W. Dagilaiski: «Ein Fall von Spontanheilung bei einem Altersstaar. (Nr. 27.)

Bei einer 55-jährigen Frau bot das rechte Auge folgendes Bild: Das untere Drittel der Pupille war von einer graulichen Trübung eingenommen, die oberen zwei Drittel boten bei oberflächlicher Betrachtung ein normales Aussehen, bei genauerer dagegen bemerkte man eine feine spinngewebige Membran, welche sich bei atropinisirtem Auge bis zur hinteren Fläche der Iris verfolgen liess, keine Synechieen. In dem unteren Drittel der Pupille sieht man der Iris anliegend einen bräunlichen Körper von der Grösse eines Leinsamens, das dem sclerosirten Kern der Linse entspricht. Auf Entfernung von 5 Meter werden Finger gezählt. Auf dem linken Auge ein reifer Staar. Die Abwesenheit von Entzündungsresiduen im rechten Auge und die Angabe der Pat., dass das Sehvermögen allmählich abgenommen und ebenso langsam wieder besser geworden sei, lassen Verf. per exclusionem zu dem Schluss gelangen, dass es sich um Resorption eines Alterstaars gehandelt hat.

G. Rshetschkowsky und S. Sirkin-Schkolsky: «Zur Casuistik der Halswunden». (Nr. 27.)

Die 15 Ctm. lange Wunde — in selbstmörderischer Absicht beigebracht — zieht von dem vorderen Rand des Musc. sterno-cleido-mastoid. der einen Seite zum vorderen Rand des gleichnamigen Muskels auf der anderen Seite; die Muskeln, welche die Epiglottis an die Cart. thyreoid. befestigen, sind durchschnitten, in der Wunde präsentiren sich die Cartilagines Santorinianae und Wrisbergii. Nach 2½-monatlicher Behandlung genas Pat.

S. Goldenberg; «Protargol bei Urethritis». (Nr. 28.)

Das von Neisser empfohlene Protargol wurde zu Injectionen bei Gonorrhoe zu 0,5—1,0 pCt. Lösung angewandt, in chronischen Fällen eine 5—8 pCt. Lösung. Protargol ist kein Specificum, aber doch in vielen — nicht in allen Fällen, ein sehr brauchbares Mittel, Reizerscheinungen werden nicht hervorgerufen.

L. Wolinz: «Zur Aetiologie der Syringomyelie». (Nr. 28.)

Bei einem 25-jährigen Soldaten war der linke Unterarm atrophisch und kürzer, ebenso die M. interossei, sowie der Hypothenar und Thenar atrophisch, die Finger in der ersten Phalanx contrahirt, die Muskelkraft herabgesetzt, ebenso die Sensibilität. Im Uebrigen war nirgends eine pathologische Veränderung wahrzunehmen. Verf. sieht als Ursache einen syringomyelitischen Process an, der nach Leyden wahrscheinlich von einer angeborenen Hydromyelie ausgegangen ist.

Debogory-Mokriewitsch: «Ueber die Asymetrie der Pupillen bei Magenkrebs, hypertrophischer Lebercirrhose und exsudativer Pleuritis». (Nr. 29.)

Die Ungleichheit der Pupillen kann auf die verschiedenartigsten Ursachen zurückgeführt werden: bei Erkrankungen des Centralnervensystems, des Rückenmarkes etc., aber auch bei Affectionen entfernterer Organe. Verf. beobachtete zwei Fälle von Magenkrebs mit Erweiterung der linken Pupille, ebenso wurde Pupillendifferenz verzeichnet bei exsudativer Pleuritis und hypertrophischer Lebercirrhose (unter 6 Fällen in 5). Schliesslich trifft man nicht selten bei ganz gesunden Menschen verschiedene Weite der Pupillen, und zwar ist gewöhnlich die rechte Pupille weiter, als die linke.

J. Rosenthal: «Haematometra unilateralis in cornu dextro uteri bicornis. Coelio-hysterectomia. Sanatio». (Nr. 30.)

Eine 24-jährige Pat. trat, nachdem 16 Wochen die Regel ausgeblieben und darauf unregelmässige Blutungen aufgetreten waren, wegen Unterleibsschmerzen ins Hospital ein. Bei der Untersuchung erwies es sich, dass die Port. vag. fehlt, links fühlte man eine fluctuirende Vorwölbung von Apfelsinengrösse, rechts liess sich auch schon bei äusserer Betastung ein kugliger, wenig beweglicher Tumor abtasten, Uterus links, die Punction ergab eine kaffeebraune Flüssigkeit. Temp. 38,0. Mit der Zeit nahm letztere einen üblen Geruch an, und die Temperatur stieg. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass es sich um einen Uterus bicornis handelte, dessen rechtes Horn einen kindskopfgrossen Tumor darstellte, der rechte Halstheil war in eine mit Blut gefüllte Geschwulst umgewandelt. Supravaginale Amputation und Bildung einer Oeffnung in dem übrig gebliebenen Cervicaltheil in die Vagina, da sich der Muttermund nicht auffinden liess. Genesung.

Danzig: «Zur Physiologie des Waldeyer'schen Ringes und die Beziehungen desselben zu den Allgemeinerkrankungen des Organismus». (Nr. 31.)

Der von Waldeyer beschriebene am Zungengrund befindliche Lymphapparat dient als Filter- und Schutzapparat für den Organismus. Wenn derselbe seine Dienste versagt, kann es auf diesem Wege zu einer allgemeinen Infection kommen. Verf. beschreibt einen Fall einer acuten Nephritis mit urämischen Symptomen nach einer Angina phlegmonosa und einen Fall von Endo-Pericarditis nach einer unbedeutenden folliculären Angina mit Hemiplegie embolischen Ursprungs und tödtlichem Ausgang.

J. Moldawsky: «Ein Fall von perforirendem Ulcus duodeni». (Nr. 32.)

Bei einem 32jährigen Manne war ein Ulcus duodeni, das auf der vorderen Wand in der Nähe des Pylorus seinen Sitz hatte, wie die Section erwies, durchgebrochen.

M. Segall: «Ein Fall von Invaginatio mit Ausgang in Heilnng». (Nr. 32.)

Ein 56jähriger Mann erkrankte an Leibschmerzen, Uebelkeit, sowie überhaupt an Reizerscheinungen von Seiten des Darmcanals. Die Diagnose schwankte zwischen Appendicitis, Periproctitis und Enteritis. Am 13. Tage der Erkrankung wurde per rectum ein necrotisches Stück des Darmrohrs ausgestossen, ein zweites folgte am 17. Krankheitstage. Die Grösse des Stückes ist nicht angegeben. Pat. genas.

N. Kulebjakin: «Ueber seltene Formen von Luxationen» (Nr. 33.)

Eine unvollkommene Luxation im rechten Kniegelenk durch Auffahren eines Fasses auf das gestreckte Bein; der Condyl. int. tibiae war nach innen abgewichen, der Unterschenkel nach aussen rotirt, dabei Verletzung der Hautoberfläche. Amputation. Der zweite Fall bezog sich auf eine unvollkommene Luxation der Ulna nach hinten und der dritte auf eine Luxation desselben Knochens am unteren Ende.

J. Gorschkow: «Ichthyosis auf dem Boden mangelhafter psychischer Entwickelung». (Nr. 34.)

Ein 24jähriger Mann war seit seiner Kindheit mit Ichthyosis behaftet, dabei bestanden mancherlei Anzeichen einer Imbecillitas. Verf. fasst die Ichthyosis als ein Symptom einer angeborenen psychischen Degeneration auf.

S. Burak: «Ueber die Behandlung der harnsauren Diathese mit Citronensäure». (Nr. 35 und 36.)

Nach einer literarischen Uebersicht geht Verf. auf seine Versuche an Kranken über. Es wurden Patienten mit Diathesis urica, Nephrolithiasis, Cholelithiasis, Pyelitis calculosa behandelt. B. gelangt zu dem Resultat, dass die Citronensäure ein recht schwach wirkender pharmacologischer Factor sei. Immerhin waren vermehrte Diurese und herabgesetzte Acidität des Harns öfter zu beobachten, so dass die Citronensäure wohl angewandt zu werden verdient, aber nicht, wie vielfach, als Specificum angesehen werden darf. Es liegt die Untersuchung von 5 Fällen vor mit genauer Angabe der quantitativen Schwankungen der Harnsäure, des Harnstoffs, der Leucomaine. Die Dosis des verabfolgten Citronensaftes betrug zunehmend bis 500 Gramm täglich.

Heimann: «Crises gastriques bei Tabes» (Nr. 37.)

Ein 33jähriger Patient litt an periodisch auftretenden Cardialgien und Erbrechen, wogegen Magenspülungen prompt wirkten. Der Säuregehalt des Magens war herabgesetzt. Bei genauerer Untersuchung fand sich auch reflectorische Pupillenstarre und Abwesenheit des Kniereflexes. In diesem Falle waren die gastrischen Crisen ein Symptom der Tabes. Diese sind aber nicht allein der Rückenmarksschwindsucht eigen, sondern finden sich als Begleiterscheinung bei neurasthenischen Cardialgien. bei Constitutionskrankheiten (Anaemia, Diabetes, Gicht, Intoxication mit Blei und Quecksilber), bei Hyperacidität und reflectorisch bei Schwangerschaft und Wanderniere. Der Säuregehalt des Magens bei Tabes ist wechselnd, bald besteht Hyperacidität, bald Subacidität, bald normaler Procentgehalt.

J. Stein: «Ein Fall von Typhus abdominalis mit seltenen Complicationen». (Nr. 38.)

Am 17. Tage der Erkrankung stellte sich Aphasie ein, die 12 Tage anhielt; am 21. Krankheitstage wurde Taubheit constatirt, beiderseitige Otitis media. Eine eigenthümliche Erscheinung war das Auftreten von zackig verlaufenden bläulichen Streifen in der Kniegegend und an der Innenfläche des Oberschenkel. Die Aphasie war eine motorische Aphasie. Di-Streifen auf der Haut sind als Striae atrophicae cutis (Langer) aufzufassen.

N. Wassiljew: «Die Gewinnung des Nucleohistons, Histons und Nucleins aus verschiedenen Organen». (Nr. 39.)

Verf. giebt eine Uebersicht über die Gewinnungsart der oben genannten Stoffe, Verf. selbst hat das Nucleohiston, Histon und Nuclein nach den Methoden von Lilienfeld, Kossel und Klemperer aus dem Dünndarm und dem Pancreas des Rindes dargestellt.

N. Kuschew: «Ein Fall von Ovariotomie bei Schwangerschaft». (Nr. 39.)

21jährige Frau, Schwangerschaft im 4. Monat, rechts eine kindskopfgrosse bewegliche Ovarialcyste, Ovariotomie; die Cyste war 3 Mal um ihre Achse gedreht. Genesung.

W. Luri: «Malaria larvata». (Nr. 40.)

Ein 40jähriger Mann erkrankte mit Schüttelfrost, der sich alle 3 Tage wiederholte; Milz nicht vergrössert, dagegen die Leber. Genesung nach Chinindarreichung.

M. Stern: «Osteomalacie». (Nr. 40.)

Ein 16jähriges Mädchen zog sich beim Fallen auf die Seite Schmerzhaftigkeit und Schwellung des linken Knie- und Hüftgelenk's zu. Nach wenigen Tagen zog sich Pat. in liegender Stellung beim Unterstützen des rechten Oberschenkels eine Fractur des mittleren Drittels des Femurs zu: nach wenigen Tagen fracturirte der linke Oberschenkel bei einer unbedeutenden Bewegung. Pat. litt an Anaemie, ziehenden Schmerzen in den unteren Extremitäten, die Menses waren unregelmässig mit längeren Intervallen bis zu 5 Monaten. Pat. starb nach dreiwöchentlicher Beobachtung an Ileus.

Der angeführte Fall von Osteomalacie ist der 15. in Russland beobachtete.

M. Stern: «Ein mit Streptococcensserum behandelter Fall von puerperaler Septicaemie». (Nr. 40.)

In einem ausgesprochenen Fall von Sepsis im Wochenbett wurde am 5. Tage bei einer Temperatur von 40,6° 10 Ccm. Antistreptococcenserum injicirt, am folgenden Tage ebenfalls. Die Temperatur fiel, das Allgemeinbefinden hob sich, Meteorismus, Schmerzhaftigkeit des Leibes und Erbrechen hörten auf. Verf. schreibt die Genesung einzig und allein der Seruminjection zu. Einen zweiten ebenso behandelten Fall von Puerperalfieber sah Verf. auch in Genesung übergehen.

Lingen.

Djetskaja Medcina 1898, Nr. 4.

N. N. Alexejew. «Die therapeutische Wirkung des Euchinins bei der Behandlung der Malaria im Kindesalter».

Vielerseits ist der Gebrauch das Euchinins an Stelle des Chinins empfohlen worden. Ersteres entbehrt den dem Chinin eigenen bitteren, unangenehmen Geschmack und soll vom Magendarmtractus vertragen werden, beides Vorzüge bei der Anwendung in der Paediatrie. Alexejew hat nun neuerdings dieses Mittel an fünf an der Malaria erkrankten Kindern versucht und ist mit dem erzielten Erfolge durchaus zufrieden. Verabfolgt wurde das Euchinin, zweimal, zuerst fünf und dann zwei Stunden vor dem zu erwartenden Fieberanfall. Bereits am zweiten Tage hörten die Paroxysmen auf. Das Mittel wurde dann noch 3 bis 5 Tage weiter gebraucht. Diese vom Verf. erzielten therapeutischen Effecte ermunteren jedenfalls zu weiteren Versuchen.

Euchinin wird den Kindern am besten in Milch, Kakao, Suppe oder Xereswein verabfolgt, wobei folgende Dosirung eventuell angebracht wäre: Kindern bis zu einem Jahr 0,03—0,1 zwei Mal täglich, Kindern von 1—5 Jahren von 0,1—0,3 drei Mal täglich, und von 5—12 Jahren 0,3—0,5 zwei Mal täglich.

(Fortsetzung folgt).

Hecker.

Shurnal akuscherstva i shenskich bolesnej. Januar-März. № I–V. 1898.

G. P. Sereshnikow: «Ein Fall von Bauchschnitt bei Gravidität im rudimentär entwickelten Horn eines Uterus bicornis und lebensfähiger Frucht (I).

Krankengeschichte eines Falles von ektopischer Schwangerschaft in der 33 Woche, welche von Prof. Ott mit partieller Resection des Fruchtsackes und Tamponade nach der Scheide coeliotomirt wurde. Der 2400 grm. schwere Knabe hatte eine Länge von 48 C. starb aber schon 6 Stunden nach der Operation an Asphyxie in Folge allgemeiner mangelhaften Entwickelung. Die Pat. verliess, nachdem sie einen Monat lang gefiebert, gesund die Klinik.

Th. A. Dobbert. Ueber Coeliotomie bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe (I).

Verf. warnt vor schematischem Vorgehen in der operativen Behandlung eitriger Affectionen der Uterusadnexe und hebt hervor, dass im Gegensatz zu dem von der Mehrzahl russischer Gynaekologen in solchen Fällen betretenen vaginalen Wege (hintere vaginale Coeliotomie), auch auf abdominalem Wege in geeigneten Fällen gute Resultate erzielt werden

muss der Arzt immer auf der Höhe der geburtshilflichen Wissenschaft stehen und beständig an der Aufbesserung des ihm unterstellten Personals arbeiten. 5) Die Landschaft muss den Aerzten die Möglichkeit verschaffen ihre Kenntnisse von Zeit zu Zeit aufzufrischen. 6) Die Landschaft muss darum nachsuchen, dass in allen Universitätsstädten Kurse für Aerzte eingerichtet werden. 7) In den Landschaftsbezirken sind Gebärasyle einzurichten, weil dieselben eine grosse kulturelle Bedeutung haben.

A. Lebedew: «Ueber einige Veränderungen im weiblichen Organismus am Ende der Schwangerschaft». (IV).

Die mit dem Blute Schwangerer vom Verf. angestellten Untersuchungen haben ergeben, dass bei kräftigen Individuen die Anzahl der rothen Blutkörperchen und das Haemoglobin am Ende der Schwangerschaft vermehrt ist. Bei Schwächlichen ruft die Schwangerschaft dagegen eine Verminderung derselben hervor. Im Gegensatz zu Vicarelli fand Verf., dass die Resistenz der Erythrocyten während der Schwangerschaft gesteigert ist, besonders bei Mehrgebärenden; auch sind mit wenigen Ausnahmen die Grössenverhältnisse derselben erhöht. Die Anzahl der weissen Blutkörperchen wurde durchweg vermehrt gefunden. (6,380:11,400). Das specifische Gewicht erwies sich meist herabgesetzt (bis 1,047). Die Alkaleszenz des Blutes war bis auf 0,280 erhöht, sankt jedoch in den letzten Tagen bis unter die Norm (0,222). Eine stetige Gewichtszunahme bis zum Ende der Gravidität hat Verf. nicht beobachtet; das Gewicht nimmt nur bis zu einem gewissen Zeitpunkte zu und bleibt, wenn es sein Maximum erreicht hat, entweder auf gleicher Höhe (Multiparae), oder sinkt etwas. (Primiparae). Bei Erstgebärenden ist die Quantität des Harnes vermindert, die Concentration dagegen ein bedeutendere, als bei Mehrgebärenden.

W. P. Michin: «Zur Kasuistik der mit Schwangerschaft complicirten Fibromyome des Uterus». (IV).

M. referirt über 2 Fälle, in welchen es sich um Fibromyome des Uterus und gleichzeitige Schwangerschaft im 3. Monat handelte. In beiden Fällen wurde der Porro mit gutem Resultate ausgeführt.

J. Gusartschik: «Capilläre Drainage des Uterus als Heilmethode bei puerperaler Endometritis». (II, III, IV).

Bei Behandlung der Endometritis im Wochenbett bewegt man sich mit Vorliebe in Extremen. Der «Spülaera» folgte eine Periode, in welcher noli tangere des puerperalen Uterus für eine conditio sine qua non der Heilung galt. Die von Samschin erdachte und vom Verf. ausführlich beschriebene Methode führt uns wieder in die Zeit der Polypragmasie zurück. Die Uterusdrainage wird folgender Massen ausgeführt: Nach sorgfältiger Desinfection des Genitalkanals wird in Steiss-Rückenlage der Pat. ein Rinnenspeculum eingeführt und die Portio mit einer Kugelzange gefasst. Darauf wird die Cervical- und Uterushöhle mit Wattebäuschen vom Sekret gereinigt, ein in Sublimatlösung (1:1000) getauchter Wattebausch für einige Minuten feucht in die Uterushöhle eingeführt und der Ueberschuss an Sublimat wieder durch Wischen mit trockenen Bäuschen entfernt. Es folgt eine lockere Austamponirung der Uterushöhle und der Vagina mit einem 10 C. breiten und 3 Arschin langem Jodoformmarlystreifen. Es soll eine solche Drainage: 1) allen Anforderungen der lokalen Therapie Genüge bieten und eine gute und sichere Methode der Behandlung puerperaler Endometritiden sein. 2) fast nie zu Komplicationen führen, 3) ein schnelles und befriedigendes. Heilungsresultat liefern, so lange der Process auf die Innenfläche der Gebärmutter beschränkt ist. Die Tamponade 4) soll so früh wie möglich ausgeführt werden. 5) ist nicht von den unangenehmen Folgen begleitet wie bei anderen lokalen Behandlungsmethoden. 6) ist bei allen ausgesprochenen Fällen von puerperaler Endometritis anwendbar. 7) ist bei Ulcerationen in der Vagina oder am Muttermunde nicht contraindicirt 8) ist zu vermeiden bei Endometritiden, welche mit Entzündungen in der Umgebung der Gebärmutter complicirt sind. 9) kann auch in complicirten Fällen, wo die Erscheinungen der Endometritis in den Vordergrund treten, versuchsweise ausgeführt und fortgesetzt werden, wenn durch dieselbe eine Besserung des Zustandes bemerkbar ist.

Die Frage, wie häufig und unter welchen Bedingungen der Tampon gewechselt werden muss, wird dahin beantwortet, dass: a) In Fällen, wo nach der Tamponade Temperaturabfall eintritt es genügt die Marly 1 Mal in 24 Stunden zu wechseln. b) In Fällen, wo die Temperatur erhöht bleibt, oder noch steigt, der Tampon alle 12. Stunden gewechselt werden muss. c) zeitweilige Temperaturen (ohne Schüttelfrost) gleich nach der Tamponade nicht als Indicationen zur sofortigen Entfernung der Marly gelten dürfen. d) Schüttelfröste und stätige Temperatursteigerungen eine sofortige Entfernung des Tampons indiciren. e) die Tamponade so lange auszuführen ist, bis die Temperatur normal und locale Erscheinungen der Endometritis nicht mehr vorhanden sind. f) In leichten Fällen, wo Temperatur und Puls normal sind, und die Lochien nur durch Farbe und Geruch auf eine Abnormität hinweisen ein Austupfen der Gebärmutter auch ohne Tamponade genügt.

Von 115 Fällen, welche nach diesen Principien behandelt wurden, starb nur 1 an Septiko-Pyaemie (0,86 pCt. Mortalität!).

P. Ch. Chashinski: «Untersuchungen über den Gewichtsverlust der Wöchnerinnen im Laufe der ersten Woche». (V).

Die in der Klinik Prof. Tolotschinow's angestellten Untersuchungen ergaben, dass bei einem Durchschnittsgewicht von 57,304 Kilo, gleich nach der Geburt, der Gewichtsverlust im Laufe der ersten Woche durchschnittlich 2,834 Kilo, beträgt. Es genügt mithin das in genannter Klinik übliche Regime (250,0 Fleisch. 30,0 Maccaroni und Grützen als Zugabe, 20,0 Kuhbutter, 1/2 Ei, 330,0 Weissbrod. 250,0 Milch) um zu grossen Gewichtsverlusten vorzubeugen.

A. Mamutow: «Die Einleitung der Frühgeburt nach der modificirten Tarnier'schen Methode». (V).

Aus den angeführten Krankengeschichten von 20 Fällen geht hervor, dass in einigen Fällen mit der Tarnier'schen Methode recht gute Resultate erzielt wurden; in anderen Fällen genügte sie allein nicht, so dass noch der Dilatator Barnes oder der Braun'sche Kolpenrynter eingeführt werden musste.

A. P. Gubarew: «Ueber Operationen an den breiten Mutterbändern und den Uterusadnexen». (V).

Die guten Resultate, welche bei der Myomotomie ohne praeventive Haemostase (Doyen) erzielt werden, lassen es wünschenswerth erscheinen, dass auch bei anderen operativen gynaekologischen Eingriffen nach denselben Principien verfahren wird. Verfasser plaidirt (wie auch schon von verschiedener Seite geschehen z. B. von Rumpf u. A.) dafür, dass bei Ovariotomien, Operationen an den Tuben und Ovarien, Ausschälungen intraligamentärer Tumoren etc. die Ligatur en masse verlassen und die Blutstillung nach allgemeinen chirurgischen Principien ausgeführt werde. Verf. hat 4 Tubenschwangerschaften, 2 Salpingooophoritiden und mehrere Ovarialcysten, im Ganzen 9 Fälle, ohne praeventive Blutstillung durch Umstechung, operirt. Die Abtragung des Stieles rathet Verf. immer in der Richtung von der Gebärmutter zum Plexus pampiniformis hin vorzunehmen.

M. N. Poroschin: «Ueber Ovariotomie im Puerperium». (V).

In Anschluss an einen Fall von beginnender Puerperalerkrankung complicirt mit Stieltorsion einer Cyste, in welchem am 4. Wochenbettstage die Coeliotomie ausgeführt wurde, Pat. aber am 6. Tage zu Grunde ging, erörtert Verf., gestützt auf einschlägige Literaturangaben, diese Frage eingehender. Er findet, dass die Ovariotomie im Puerperium bei beginnender pureperalen Erkrankung durchaus indicirt ist, leider aber häufig nicht von gewünschtem Effect begleitet ist. Bei Vereiterung der Geschwulst giebt die, in späteren Stadien nach der Geburt ausgeführte Ovariotomie bessere Resultate. bedingt vielleicht durch geschwächte Virulenz der Krankheitserreger. Das ungünstigere Resultat bei Ausführung der Operation in den ersten Tagen nach der Geburt findet darin seine Erklärung, dass es in dieser Zeitperiode nicht immer gelingt die Symptome einer Allgemeininfection von denjenigen durch den Tumor bedingten zu trennen, wie es sich auch in dem referirten Falle ereignete. Die Coeliotomie bei allgemeiner Infection liefert bekanntlich sehr schlechte Resultate.

M. M. Gerschun: «Zur Therapie des Abortes». (V).

Verf. hält bei einer aktiven Therapie des Abortes die Dilatation des Cervix für die wichtigste Bedingung, weil nur bei vorhandener Möglichkeit des Einführens eines Fingers genau bestimmt werden kann, ob Alles aus dem Uterus entfernt ist oder nicht. Von 115 Fällen wurde in 50 das Ei oder Reste desselben mit dem Finger allein gelöst, in 65 mit Hülfe des Fingers und des stumpfen oder scharfen Löffels. In 4 Fällen wurde der Cervix durch Hegar's Dilatatoren erweitert. 2 Fälle starben; sie kamen schon inficirt in die Anstalt; dasselbe gilt von 2 weiteren Fällen, welche eine «ernstere» Erkrankung aufwiesen.

Dobbert.

Дозв. ценз. Спб. 14 Ноября 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

können. Eine Serie von 20 durch Coeliotomie geheilter Fälle wird als Beleg dafür angeführt.

K. Ulesko-Stroganowa: «Zur Pathologie der Cysten der runden Mutterbänder». (I).

Bei der 35-jährigen Pat. der Verf. fand sich ausser einem Kystoma glandulare proliferum ovarii dextr., einem subserösen und mehreren subumcösen Fibroiden noch ein etwa faustgrosser cystischer Tumor, welcher sich im linken lig. rotundum, bald nabh Abgang desselben von der Gebärmutter, entwickelt hatte. Supravaginale Amputation des Uterus (Prof. Ott). Der Inhalt der Cyste war eine klare seröse Flüssigkeit. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass die Wandung der Cyste aus Muskelfibrillen, grösseren Muskelbündeln und Bindegewebe gebildet war. Ziemlicher Gefässreichthum. An der Innenwand der Cyste konnte stellenweise schön erhaltenes Cylinderepithel und Flimmerepithel nachgewiesen werden.

W. L. Jacobson: «Zur Kasuistik des primären Carcinom's der Eileiter». (I).

Die carcinomatös entartete Tube, welche einen Tumor von Hühnerei-Grösse bildete, war mit der hinteren Fläche des Uterus, dem Darm und den benachbarten Organen verwachsen. Die von Prof. Ott durch hintere Coeliotomie ausgeführte Entfernung der Neubildung gelang nur mit Zurücklassung des abdominalen Endes der Tube und des fest verbackenen Ovarium, welche Theile jedoch nicht von der Neubildung ergriffen gewesen sein sollen. Heilung. Aus folgenden Gründen hält Verf. dieses Carcinom für eine primäre Neubildung der Tube: 1) Die Geschwulst hatte sich in einem entfernteren Abschnitt der Tube entwickelt. 2) Die Serosa des Uterus und die Schleimhaut desselben waren nicht von der Neubildung befallen. 3) Das uterine Ende der Tube war normal. 4) Das Ovarium war klein; bekanntlich wächst das Carcinom des Ovarium's schnell. 5) Die Neubildung hat ihren Ausgang von der Tubenschleimhaut genommen.

L. A. Orlowski: «Zur Methode der Kulturen des Gonococcus Neisseri». (I).

Berichte über Versuche mit Züchtung von Gonococcen auf Flüssigkeiten aus Ovarialcysten. Positive Resultate.

W. N. Gogotzki: «Die Gynaekologische Klinik in Breslau». (I).

(Reiseeindrücke).

L. Daschkewitsch: «Die Geburtshilfe und Gynaekologie in Paris». (I).

(Reiseeindrücke).

W. W. Glasek: «Notizen über den Aufenthalt in der Dresdener Frauenklinik». (I).

K. Halberstadt: «Ein schwerer Fall von puerperaler Septico-Pyämie behandelt mit Antistreptococcenserum». (I).

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von schwerer puerperaler Infection in welchem neben energischer lokaler Therapie (intrauterine Spülungen) Injectionen mit Antistreptococcenserum gemacht wurden. Pat. genas. Die Wirkung der Injectionen war im Allgemeinen eine befriedigende. Nach jeder Injection konnte eine unzweifelhafte Besserung des Pulses, geringe Herabsetzung der Temperatur und hauptsächlich eine Besserung des subjectiven Befindens konstatirt werden. Unangenehme Nebenwirkungen der Injectionen, wie Erytheme, Nephritis, Abscesse etc. wurden nicht beobachtet.

A. A. Ljubimow: «Bakteriologische Untersuchung der Beläge welche sich in einigen Fällen in der Blase und Scheide bei Blasen- Scheidenfisteln bilden». (II).

Es kommen Fälle von Blasenscheidenfisteln vor, wo trotz der grössten Reinlichkeit, trotz Bäder und beständiger Berieselung Beläge auf der Scheiden- und Blasenschleimhaut nicht zum Schwinden gebracht werden können. Die Annahme lag nahe, dass dieser Process nicht nur in einer einfachen Ablagerung harnsaurer Salze bestehe, sondern dass derselbe vergesellschaftet ist und unterhalten wird durch irgend einen Mikroorganismus. Verf. hat nun in 4 Fällen solche Membranen bakteriologisch und histologisch untersucht, und in jedem Falle die Anwesenheit derselben Bakterienart und zwar des bacillus pyocyaneus konstatiren können.

L. K. Lingen: «Zur pathologischen Anatomie der Tuben». (II).

Verf. hat sich der Mühe unterzogen in 10 Fällen die entzündlich veränderten, auf operativem Wege entfernten, Tuben mikroskopisch zu untersuchen und theilt die Resultate seiner mühsamen Untersuchungen mit. Dieselben bestätigen im Wesentlichen die schon bekannten Befunde an, durch entzündliche und eiterige Processe. pathologisch veränderten Eileitern. Der Nachweis von Mikroorganismen im Gewebe gelang dem Verf. nicht.

Th. A. Dobbert: «Zur Lehre von der Osteomalakie». (III).

In der Einleitung giebt Verf. ein Resumé der pathologisch-anatomischen Befunde an Knochen Osteomalakischer, der verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser seltenen Krankheit und der differenzialdiagnostisch wichtigen Momente. Hieran schliesst sich die detaillirte Beschreibung des Beckens einer nicht puerperalen, nach 10-jährigem Krankenlager verstorbenen, Osteomalakischen Pat. an.

G. J. Thomson: «Zur Frage von der Menstruation der Tuben». (III).

Verf. beobachtete bei einer Pat. welche mit einer Bauchdecken- Eileiterfistel behaftet war periodisch auftretende Blutungen aus der Fistelöffnung. Der blutige Ausfluss trat zugleich mit der Menstruation auf und sistirte mit dem Aufhören derselben. Aus der Literatur führt Verf. noch 3 analoge Fälle an, durch welche bewiesen wird, dass aus der Tube während der Menstruation ebenso wie aus dem Uterus Blut, wenn auch in geringerer Menge, ausgeschieden wird.

N. Kisselew: «Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt. (III).

Taubstumme 33-jährige Primipara. Tr. 26. Crist. 22 Spin. 19. C. diag. 9. Gerader Durchmesser des Beckenausganges 7. Querer Durchmesser 8,5. Von einer Einleitung der Frühgeburt war Abstand genommen worden und, als zum normalen Geburtstermin trotz kräftiger Wehen ein Eintritt des Schädels ins Becken nicht erfolgte, wurde der conservative Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt.

P. J. Michin: «Zur Frage von der Extrauterinschwangerschaft». (III).

Krankengeschichte eines Falles von rechtsseitiger Tubenschwangerschaft im 3. Monat mit Ruptur des Fruchthalters. Coeliotomie mit gutem Resultat.

A. P. Gubarew: «Vom Beckenboden und Damm». (IV).

In der Einleitung sucht Verf. die Ansicht zu begründen, dass bei der Geburt nicht nur das Hymen, sondern fast ebenso häufig der Beckenboden zerreist. Eine Folge solcher Einrisse ist die Schwächung des Beckenbodens und eine Erschlaffung der Scheidenwände, welche ihres Stützapparates beraubt sind. In dem Masse wie der Vorfall zunimmt, bildet sich auch ein Ueberfluss an Scheidenschleimhaut aus. Meist sind solche hypertrophische Schleimhautpartien der Angriffspunkt für die verschiedenen operativen Eingriffe. Nicht zu verwundern ist es daher, dass durch derartige plastische Operationen einem Recidiv nicht vorgebeugt wird. Nur wenn die Ursache des Prolapses der Scheidenschleimhaut beseitigt wird, indem man den Beckenboden wiederherstellt, können Bedingungen geschaffen werden, welche eine weitere Hypertrophie der Schleimhaut verhindern und eine Rückbildung derselben ermöglichen. Die Wiederherstellung des Beckenbodens wird nach G. folgendermassen ausgeführt.

Ovalärer Schnitt am Perineum analog demjenigen bei Perineoplastik nach Lawson Tait. Stumpfes Ablösen des Scheidenlappens bis zum spatium ischio-rectale, Kürschnernath längs dem freien Rande des Vaginallappens. Verschluss des übrigen Theiles der gesetzten Wundfläche durch Nähte (Silkwormgut), wie bei der Operation L. Tait's. Diese Nähte müssen so tief gelegt werden, dass sie die Reste des Beckenbodens — die m. lavator. ani und die denselben bedeckende Fascie — mitfassen. Vorzüge eines solchen Verfahrens sind: 1) Einfachheit und Schnelligkeit der Ausführung, welche eine Narcose überflüssig machen; es genügt eine Cocaininjection. 2) Alle Nähte kommen ausserhalb der vagina auf dem Damm zu liegen. 3) Alles Gewebe wird erhalten. 4) durch dasselbe wird in der That eine Wiederherstellung des Beckenbodens erreicht.

A. G. Archangelskaja: «Zur Geschichte der Entwickelung der Geburtshilfe auf dem Lande». (IV).

Verf. schliesst ihren sehr lehrreichen Artikel, welcher leider einem kurzen Referate nicht geeignet ist, mit folgenden Thesen. 1) Die Entwickelung der Geburtshilfe auf dem Lande ist mit derjenigen der Medicin überhaupt eng verbunden. 2) Verschiedene Versuche diesen Zweig der Medicin von der allgemeinen zu trennen und selbstständig zu entwickeln sind resultatlos geblieben. 3) Nur der Arzt der Landschaft kann die Geburtshilfe in seinem Bezirk richtig gestalten, daher: 4)



Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 11. u. 12. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". **1898.**

Westnik Oftalmologii. Juli—Oktober 1898.

Prof. E. Adamük: «Einige Worte zur sogenannten Operation Jaesche-Arlt».

Jaesche beschrieb seine Operation zum ersten Male im Jahre 1844 in der Nr. 9 der Medicinischen Zeitung Russland's. Im Jahre 1854 schrieb Gustav Barth in Dorpat eine Dissertation über die Operation Jaesche's — in lateinischer Sprache. Die Beschreibung soll ungenau und missverständlich gefasst sein. Im Jahre 1848 veröffentlichte Arlt seine Operationsmethode in der Prager Vierteljahrschrift, und da er eine grosse Aehnlichkeit seiner Methode mit der Jaesche's constatirte, war Arlt selber Derjenige welcher die beiden Namen zusammensetzte, und seit der Zeit kennt jeder Augenarzt und jedes Handbuch die Operation «Jaesche-Arlt». Jaesche protestirte dagegen in der Petersburger Med. Zeitschrift 1865 sog. 230. beschrieb nochmals seine Operation und hielt ihre Verschiedenheit von der Operation Arlt's aufrecht. In russischer Sprache trat für Jaesche Dr. Toropow, im Jahre 1867 im Journal des Kriegs-Medicinalwesens auf. 1874 protestirte Jaesche nochmals gegen das Zusammenwerfen seiner Operation mit der Jaesche's, im «Medicinischen Westnik». Jaesches Bruder hatte im Jahre 1873 — April — Mai in den Monatsblättern. f. A. «Jaesches Operation für Entropium und Distichiasis» beschrieben und hervorgehoben: «dass das Verfahren wesentlich verschieden sei von dem Arlt'schen». Es half nichts, es blieb bis auf den heutigen Tag bei dem Doppelnamen. Adamük tritt nun nochmals dagegen auf, beschreibt Jaesches Operation, und erwartet wenigstens von den russischen Okulisten eine correkte Bezeichnung wie correkte Ausführung der Operation ihres Landsmannes — womit er zweiffellos Recht hat.

J. J. Günzburg: «Ein Fall von Myxo-oedem der Lider und des Gesichtes erfolglos behandelt mit Praeparaten der Schilddrüse. Nebst Bild».

Thyreoidin wurde 2 mal täglich à 3 gran gegeben im Laufe eines Monates. Auch feingehackte frische Drüse wurde genossen. Die Patientin hatte während der Behandlung 7 Pfund an Körpergewicht zugenommen! G. weist die Annahme zurück, dass ein Fehler in der Diagnose vorliege.

J. J. Günzburg: «Zur Behandlung den Entropium trachomatosum».

Bei der immensen Bedeutung, welche die Folgezustände des Trachom's für die Entstehung der Blindheit bei uns zu Lande haben, sucht G. nach einer Operationsmethode, welche leicht auch vom Landarzte geübt werden kann und dabei sichere Resultate giebt. Er will nach allen bekannten Methoden operirt haben und ist nun zur Ueberzeugung gekommen, dass die Panas'sche, etwas vereinfachte Operation, das Beste leiste. (Mit einer Methode kann man in allen Fällen nicht auskommen. Jeder Operateur wird mit derjenigen Methode die besten Resultate haben welche er am geschiktesten auszuführen versteht. Eine Operation im Sinne G.'s wird sich kaum finden lassen. Ref.).

W. Filatow: «Ein Fall von Arteria hyaloidea persistens».

W. Filatow: «Ein Fall mehrfacher angeborener Anomalien der Augen. Nebst zwei Zeichnungen».

Rechtes Auge: Strabismus convergens. Hornhaut verkleinert, abgeflacht, und nur zum Theil durchsichtig im centralen Theile. An den limbus Corneae schliesst sich ringsum eine bis 2 Mm. breite trübe Zone, auf welche eine schmälere weisse folgt, also zwei trübe Ringe auf der Hornhaut darstellen. Der centrale nachbleibende Hornhauttheil ist auch nicht vollständig klar, gestattet aber Kammer, Pupille und Regenbogenhaut zu übersehen. Die Pupille ist etwas nach oben verlagert und höchstens $1^1/_4$ Mm. im Durchmesser; reagirt auf Licht. Iris uneben und buckelig, nicht gleichmässig gefärbt. Vor der Iris, in der Kammer, sieht man Reste der Pupillarmembran, zum Theil durch Fäden mit der Iris verbunden. Visus-Finger in $1^1/_2$ Meter.

Linkes Auge: Bietet in allem Wesentlichen den gleichen Befund. Die Pupille liegt centraler, ist 2 Mm. weit, und gelang es den Augenhintergrund zu sehen. Temporal ein geringes Staphylom. Die Sehschärfe mit + 1 D. 0,3.

P. P. Prokopenka: «Ein beweglicher Fremdkörper in der vorderen Augenkammer».

Bei vorgebeugter Kopfhaltung rutschte der kleine schwarze Fremdkörper aus dem unteren Iriswinkel bis in das Pupillargebiet vor und störte. Auge vollständig reizlos. volle Sehschärfe. Eine Verletzungsstelle war nicht sichtbar, der Zeitpunkt der Verletzung konnte auch nicht festgestellt werden, und auch die Natur des in der Kammer sichtbaren Fremdkörpers blieb fraglich. Maschinenheizer.

An. K. Nowitzky: «Bericht über die Thätigkeit der stationären Augenabtheilung in Kagin Gouv. Orenburg für das Jahr 1897».

921 Patienten. 400 Trachomkranke und Extractionen 15. Iridectomien 25. Entropium und Trichiasisoperationen 20.

A. Peunow: «Bericht über ambulant ausgeführte Operationen in den Jahren 1888 bis 1897 incl.».

P. arbeitete in Wladikawkas und Pjatigorsk. Extractionen ohne Iridectomie 349 mit 2,6 pCt. Verlust. Extractionen mit Iridectomie 644 darunter 3,4 pCt. Verluste. Linsenentfernung wegen Kurzsichtigkeit 12. Iridectomien 721, Iridotomien 57. Sclerotomien (!) 55. Lidoperationen 355 etc. etc. Die Operirten gehen nach der Operation unter Verband nach Hause. Die Extrahirten werden einseitig verbunden, falls das andere Auge noch sieht, und Niemand da ist um sie fortzugeleiten.

P. J. Kolski und O. A. Maschkowzewa: «Das Trachom in der Taurischen Töchterschule zu Simferopol und über die Massnahmen zu seiner Bekämpfung».

Enthält Bekanntes.

Bericht über die Sitzungen des Moskauer ophthalmologischen Vereines für das Jahr 1897.

I. Sitzung,

A. Batirew: «Ueber Chinin-Amaurose nebst Demonstrationen».

Es waren 4,0 Chinin auf ein Mal genommen worden.

P. M. Radswitzky: «Ueber amyloide Degeneration der plica semilunaris, nebst Demonstration».

II. Sitzung.

E. D. Kastalskaja: «Ein doppelseitiges Colobom des gelben Fleckes».

Krankenvorstellung.

S. Golowin: «arteriovenöses Aneurysma der Lider und der Augenhöhle».

Krankenvorstellung. Die Geschwulst — von der Nasenseite ausgehend — liess sich leicht zusammendrücken, bei vorgebeugtem Kopfe trat Anschwellung auf. Pulsation sichtbar. «Fremissement cataire». Geräusche auscultirbar.

K. L. Adelheim: «stellte eine Frau vor mit Thrombosis venae centralis retinae».

E. D. Kastalskaja: «Ueber Actinomykose des Thränenkanals».

In extenso abgedruckt in den Beiträgen zur Augenheilkunde Heft XXX. 1898. Ewetzky verlangt zur Diagnose Reinculturen, da Verwechselung mit Leptotrix möglich sind.

F. O. Ewetzky macht «Mittheilungen über die angeborenen Colobome der Lider».

III. Sitzung.

K. L. Adelheim: «Ein Fall von Ruptura sclerae nebst Luxation der Linse unter die Conjunctiva».

Faustschlag. Scleralriss 3 Mm. vom Hornhautrande. 8 Tage nach der Verletzung Entfernung der Linse. Zur Zeit Visus Finger in 6 Meter.

S. Golowin: «Ueber die plastische Füllung der Augenhöhle nach Exenteratio».

Die Operation will den Heilungsprocess abkürzen und der Entstellung durch Narbencontractur und Einfallen der Lider vorbeugen. Anwendbar nur in den Fällen, wo die Lider erhalten bleiben. Demonstration. Er bildete aus der Schläfenhaut einen zungenförmigen Lappen von ca. 9 Cm. Länge und 3—3½ Cm. Breite. Um die äussere Lidcommissur zu schonen bildete er hinter dem äusseren Lidwinkel einen Schlitz, durch welchen er den Lappen durchzog und dann in der Augenhöhle einlagerte. Ein künstliches Auge liess sich gut einsetzen. Lidspalte blieb breiter, als auf der gesunden Seite.

A. G. Lutkewitsch: «Cysticercus cellulosae subretinalis».

Demonstrationen. Nachträglich wurde mitgetheilt, dass die Operation misslang.

IV. Sitzung.

A. Maklakow: «Ein Fall von Enophthalmos traumaticus».

Er schliesst sich Schapringer an (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 31, p. 309), welcher die Entstehung des Enophthalmos auf Verletzungen der Sympathicusfasern vom Ganglion ciliare zurückführt.

A. S. Batirew: «Ein Fall beiderseitiger isolirter Ptosis».

Er glaubt der Fall sei als Dystrophia muscularis progressiva aufzufassen, obgleich der 70 a. n. Greis sonst sehr rüstig ist.

V. Sitzung.

A. Maklakow gedenkt in einem Nachruf des verstorbenen Professors G. J. Braun.

VI. Sitzung.

E. D. Kastalskaja: «Ueber hyaline Kugeln beim Trachom». Abgedruckt in den Protokollen des XII. internationalen Congresses.

F. O. Ewetzky: «Ueber Leucosarcoma chorioidea alveolare».

VII. Sitzung.

S. Golowin: «Untersuchungen über das specifische Gewicht des Augenwassers».

Kaninchen, Katzen, Hunde zeigen ein specifisches Gewicht des Kammerwassers zwischen 1,0080—1,0096. Menschliche Augen, erblindet an Glaucom, gaben 1,006 und 1,008. Ein Fall entzündlichen Glaucoms zeigte 1.0139. Atrophia n. optici absoluta ergab 1,005. Das Kammerwasser, welches sich gleich nach einem operativen Eingriffe ansammelte, ergab 1,008 bis 1,014. Verletzungen der Hornhaut erhöhen ein wenig das specifische Gewicht. Unter die Bindehaut gespritzte 5 pCt. Salzlösung änderte am specifischen Gewicht nichts. Post mortem fand sich eine Verminderung des specifischen Gewichtes um 0,003.

K. W. Snegirew: «Klinische Erfahrungen mit der Vibrationsmassage».

Ausführlich abgedruckt im 1 Hefte 1898 dieser Zeitschrift und bereits referirt. Ewetzki und Golowin rühmen die Wirkung der Massage in Fällen von traumatischer Cataract und Scleritis, wie Episcleritis.

Auf Vorschlag Dr. Ewetzki's beschliesst die Versammlung den bisherigen ganz privaten Charakter der Vereinigung aufzugeben und Statuten auszuarbeiten und zur Bestätigung vorzustellen für eine «Moskauer ophthalmologische Gesellschaft». Ewetzki, Krukow, Golowin und Natanson übernehmen den Auftrag.

VIII. Sitzung.

Adelheim gedenkt der verstorbenen Ophthalmologen Berlin, Burchardt, wie des Physiologen Holmgren.

K. W. Snegirew: «Ueber den Einfluss der Vibrationsmassage auf die Diffusion aus dem Conjunctivalsack in die vordere Augenkammer».

Die Controlle geschah nach der colorimetrischen Methode Bellarminow's. Die Massage erhöht die Diffusion wesentlich. Auch in todten Augen wird das Kammerwasser bei Massage stärker gefärbt, d. h. es diffundirt mehr Farbstoff des Fluorescins. Offenbar wirkt die Massage einerseits durch Anregung des Säftestromes im lymphatischen Systeme, andererseits indem dieselbe oberflächliche Risse im Hornhautepithel setzt. In der Discussion wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass es nothwendig sei massirte Hornhaut mikroskopisch zu untersuchen.

A. A. Krukow demonstrirt einen 37 a. n. Patienten mit einem Cysticercus cellulosae im Glaskörper.

E. D. Kastalskaja stellt einen Patienten vor, dem im Mai 1897 ein Stahlsplitter in das linke Auge flog bei der Arbeit an der Drehbank.

Auf der Hornhaut mehrere kleine Trübungen; Pupille nicht ganz rund; im Quadranten unten-aussen in der Iris ein kleines Loch, durch welches man rothen Reflex erhält. In den hinteren Schichten der Linse unten und aussen eine begrenzte Trübung; in den unteren Partien des Glaskörpers eine Trübung. Am Fundus, unten und nach aussen von der Papille eine ovale weisse Stelle mit starkem Pigmentsaum. Durchmesser des weissen Flecken gleich zwei Papillen. Visus mit —1,5 D = 0,4 G. F. entsprechend defect. Fremdkörper nicht auffindbar.

Der Haab'sche Electromagnet gab kein Resultat. Eisensucher konnte nicht angewandt werden, weil nicht vorhanden.

A. W. Natanson macht eine «Mittheilung über die Resorption seniler Catarakte».

Ein Bauer 55 a. n., das linke Auge erblindete vor 6 Jahren, begann aber seit einem Jahre wiederum zu sehen. Das rechte Auge hat immer schlechter gesehen, als das linke. Rechts finden sich Macula cornea, Cataracta incipiens, Visus = 0,1. Links sieht man im unteren Pupillargebiet ein Häutchen, Visus mit + 11 D = 1,0. Ein Trauma wurde stricte geleugnet.

A. A. Krukow berichtet anschliessend über «4 Fälle spontaner Resorption von Altersstaar».

3 Fälle sind Cat. Morgagniana, die noch operirt wurden. Die Kerne sehr klein, die Cortex verflüssigt und hell, das Sehvermögen mit Staargläsern, vor der Operation, bis zu 1/10. Der vierte Fall bot nur eine geschrumpfte Haut im Pupillargebiet, welche eingeschnitten wurde.

IX. Sitzung.

Golowin demonstrirt einen «Mann mit eigenthümlicher angeborener Cataract».

Die Linse ist bis auf eine etwa 4 Mm. im Durchmesser haltende runde Kugel geschrumpft. Auf der vorderen Linsenfläche finden sich zahlreiche graue Punkte, die hintere Linsenfläche bildet eine gelbliche Platte, der Kern ist klar. Patient giebt an in letzter Zeit mit dem Auge Finger in der Nähe zählen zu können, was er früher nicht gekonnt.

St. Petersburger Ophthalmolog. Gesellschaft.

IV. Sitzung.

Dr. Gagarin demonstrirt einen Patienten dem er die «Enucleation nach den Angaben Schmidt's» (Klinische Monatsblätter Nov. 1897) gemacht hat.

Die Beweglichkeit der Prothese ist sehr befriedigend. Bellarminow: Die Operation ist von zu langer Dauer, zudem bei Blutungen, atrophischem und fest verwachsenem Augapfel auch wohl kaum ausführbar. Dobrowolski und Andogski bevorzugen die Methode Wecker's.

Dr. Tschemolossow: «Ueber die Erkrankungen des Uvealtractus nach Febris recurrens».

Das Beobachtungsmaterial entstammte zum grössten Theile der St. Petersburger Augenheilanstalt aus den Jahren 1895 und 1896. Alter der Patienten 13 bis 64 Jahre. Von 115 Fällen war die Erkrankung 13 Mal beiderseitig. Reine Chorioiditis 19, Irido-Chorioiditis 96, Hypopium 6 Mal. Cyclitis in 10 Fällen. Starke Glaskörpertrübungen in 6 Fällen. Schmerzhaftigkeit selten. T. B. gewöhnlich herabgesetzt. G. F. gut. Visus herabgesetzt bis auf 0,2. Sublimatinjectionen gaben keine Resultate. Die Prognose ist gut. In der Mehrzahl der Fälle folgte die Augenerkrankung 3 bis 4 Wochen nach dem letzten Fieberanfalle.

Dr. Sergiew hat während derselben Zeit ebenfalls zahlreiche Recurrenskranke mit Augenaffectionen gesehen und behandelt. Er beobachtete am häufigsten die Irido-chorioiditis. Die Erkrankung des Auges tritt nach ihm bereits in der 2. bis 3. Woche der Fieberanfälle auf. Sublimat 1:1000 gab in den Fällen reiner Chorioiditis gute Heilwirkung, versagte jedoch bei Irido-Chorioiditis.

Dr. Dobrowolski: «Ueber eine ungewöhnliche Wirkung des Atropins und Eserins auf das menschliche Auge».

Ein 25-jähriger Officier, astenopische Beschwerden, hochgradige Hyperämie des Sehnerven und der Netzhaut. Atropin — anstatt zu entspannen erhöhte die functionelle Myopie von 1/28 auf 1/14. D. meint, es sei diese Wirkung auf einen



Reizzustand des Ciliarkörpers zurückzuführen, der dann den Accomodationsspasmus auslöste.

Ein 62 a. n. der an chronischem Glaucom litt zeigte eine Refraction. Myopie $^1/_{16}$, V — $^{20}/_{60}$. Nach 5-tägigem Eseringebrauch und engster Pupille wurde E und V = $^{20}/_{60}$ gefunden. Setzte man das Eserin aus, so stellte sich die Myopie wiederum her. D. erklärt die Wirkung, wie oben.

V. Sitzung.

L. G. Bellarminow: «Die Tätowirung der Hornhaut und der Bindehaut».

Der wesentliche Inhalt dieses Vortrages ist in dem Berichte über die Verhandlungen des XII. internationalen Congresses zu Moskau enthalten.

W. P. Gedroiz-Juraga: «Zur Histologie der tätowirten Hornhaut und Bindehaut».

Kaninchenaugen, normale wie vorher leucomatös gemachte. Die Resultate sind fast die gleichen wie bei Browicz und Hirschberg. Der Epitelüberzug der Hornhaut ist einige Zeit nach der Tätovirung vollkommen frei von Farbstoff. Letzterer verbreitet sich in horizontaler Richtung in den Spalten des Hornhautparenchyms. In den Bezirken, welche den Stichen fern liegen, findet sich kein Farbstoff. Der Farbstoff folgt den Wegen des Lymphstromes. Je schneller sich das Epithel über den Stichkanälen schliesst, um so besser der Erfolg der Tätovirung. Je fester das Leucom, um so besser lässt es sich färben. Pigmenttromben wurde nie gefunden. Sehr dünne leucomatöse Stellen, sowie dünne Staphylome sollten nicht tätovirt werden. Die Bindehaut hält die Farbe weit schlechter. Alle Methoden welche das Epithel entfernen, taugen nichts. Tonche ist die beste Farbe. Die Wecker'sche hohle Nadel das beste Instrument.

E. Adamük: «Polemischer Artikel gegen Dr. Schroeder in Anlass der im V. Hefte der Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt erschienenen Arbeit über die Keratalgia traumatica».

A. behauptet Schroeder bringe nichts Neues und alles sei von ihm — Adamük — bereits 1884 in seinem Lehrbuche «Die Erkrankungen der brechenden Medien des Auges» ausführlich und erschöpfend besprochen. Besonders erzürnt ist Adamük darüber, dass, als Schroeder über dieses Thema in der St. Petersburger Ophthalmologischen Gesellschaft sprach, sich doch keiner von seinen ehemaligen Schülern fand und an sein Lehrbuch erinnerte. (Das ist ja in der That nicht hübsch, aber leider kommt das hier zu Lande sehr oft vor dass die Schüler lieber nach einem anderen Buche lernen und repetiren als nach dem — welches der vortragende Lehrer verfasste). Vollste Ignorirung der Vaterländischen Literatur — das ist der Vorwurf. Die Priorität gebührt nicht Granddément sondern Hansen. 1872 Hosp. Tidende. Intermittirende Keratitis vesiculosa neuralgica af. traumatic. Referat in Nagel's Jahresberichten.

Wir sind der Meinung dass die Mittheilung Schroeder's durchaus zeitgemäss und dankenswerth war.

G—n.

Djetskaja Medicina 1898, Nr. 4 u. 5.

M. W. Achmetjew: «Zur Frage von beiderseitig auftretendem Empyem im Kindesalter».

Innerhalb der letzten 11 Jahre sind im St. Olga-Kinderhospital in Moskau 186 Empyemkranke in Behandlung gewesen, wobei nur 13 Mal ein doppelseitiges Empyem constatirt worden war. Somit gehört letzteres zu den Seltenheiten. Nur ein Fall führte zur Genesung, die übrigen endeten letal. Aetiotogisch bemerkenswerth ist es, dass ein doppelseitiges Empyem kein Mal primär, sondern stets im Anschluss an eine andere Krankheit auftrat, und zwar: in 6 Fällen bildete das Empyem eine Complication der Lungentuberculose, zwei Mal trat es auf nach Pneumonie und fünf Mal war eine Begleiterscheinung der Septicopyaemie.

Der Arbeit sind mehrere Krankengeschichten beigefügt.

J. Tschuprow: «Ein Fall von subphrenischem Abscess bei einem 10-jährigen Knaben und die operative Behandlung».

Einige Tage nach einem Trauma des Abdomens — beim Spielen erhielt Patient einen Stoss mit dem Knie von seinem älteren Bruder ins rechte Hypochondrium — erkrankte der Knabe unter gastrischen Erscheinungen mit Schmerzen im Abdomen und allmählich sich steigerndem Fieber. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich und Patient wurde ins Hospital aufgenommen, wo ihm am 24-sten Erkrankungstage der Abscess eröffnet wurde. Vollständige Heilung erfolgte nach vier Monaten.

Im Anschluss an den Fall bespricht Verf. genauer die Aetiologie, Symptomatologie und Prognose der subphrenischen Abscesse, auf Grundlage des bisher über diese relativ seltene Erkrankungsform bekannten.

A. Andrejew. «Ein Fall von incontinentia alvi bei einem 12-jährigen Knaben».

Patient war in seinem siebenten Lebensjahr aus dem zweiten Stock zu Boden gefallen und war lange Zeit bewusstlos liegen geblieben. Innerhalb des nächstfolgenden Monats soll Zittern der Extremitäten bestanden haben. Von der Zeit an habe sich auch incontinentia alvi eingestellt. Nur höchst selten spielt der Wille bei der Defaecation eine Rolle.

Während des zwei Wochen langen Verweilens im Hospital, wobei gleich von vornherein dem sonst absolut normalen Knaben strengstens geboten wurde, auf sich nach besagter Richtung hin zu achten, konnte kein einziges Mal eine unfreiwillige Defaecation beobachtet werden. Derartige Aenderung im Zustande des Patienten schreibt Verf. der Suggestion zu.

A. Kissel: «Ein Fall von Empyem bei einem einjährigen Knaben mit Perforation des Zwerchfells und Bildung eines paranephritischen Abscesses».

Derartiger Verlauf eines ohne radicale Behandlung gelassenen Empyems ist recht ungewöhnlich. Bei der Section des atrophischen Kindes, dem einige Tage vor dem Tode ein Abscess in der linken Nierengegend eröffnet worden war, fanden sich ausser verschiedenen Erscheinungen der Tuberculose, ein linksseitiges altes Empyem, Perforation des Diaphragma und ein paranephritischer Abscess, der eben operativ geöffnet worden war. In diesem Falle ist das Empyem nicht rechtzeitig erkannt worden, was Verf. dem Umstande zuschreibt, dass keine Probepunction vorgenommen worden war. Im frühen Kindesalter ist die Diagnose einer eitrigen Pleuritis häufig recht schwierig zu stellen, deshalb müsse in jedem zweifelhaften Falle eine Punction vollführt werden.

W. Potechin: «Vier Fälle von Pilzvergiftung».

Vier Brüder im Alter von 3, 4, 10 u 12 Jahren erkrankten zwei Stunden nach dem Genusse von frischabgekochten Pilzen, welche ihre Mutter im Walde gesammelt hatte, an Cyanose, Erbrechen und Krämpfen. Ausserdem konnte constatirt werden: verlangsamter schwacher Puls, Bewusstseinsstörung; Pupillen erweitert, nicht lichtempfindlich; sämmtliche Reflexe erhöht; Hallucinationen und Delirien von maniakalischem Character. Das Allgemeinbefinden der beiden jüngsten Knaben war ein recht schweres. Die Therapie bestand in Magenauswaschung, Analepticis subcutan und intern und einem Abführmittel.

Das Bewusstsein klärte sich bald und das Erbrechen hörte auf. Am nächsten Tage bei allen Kindern Diarrhoea mit Tenesmen. Ein verlangsamter, arythmischer Puls hielt sich noch mehrere Tage. Bei allen trat Heilung ein

Nach der Erzählung der Geschädigten muss es sich um den Fliegenpilz, Agaricus muscaricus, gehandelt haben.

W. Potechin: «Ein Fall von Tetanus».

Bei dem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben handelte es sich um einen Tetanus traumaticus. Die Heilung erfolgte unter Chloralhydratbehandlung. Von dem Tetanusantitoxinserum, welches innerhalb einiger Tage angewandt wurde, konnte P. keinen Erfolg sehen.

A. Kissel: «Ein Fall von Alkoholismus bei einem 3-jährigen Knaben».

Von seinem zweiten Lebensjahre hat Pat. täglich $^1/_2$—3 Spitzglas Branntwein erhalten. Durch den Alkoholgenuss war das Allgemeinbefinden nicht weiter geschädigt worden, nur stellten sich häufig, nach 3—5 Tagen wieder von selbst vergehende, Durchfälle ein. Die Leber war mässig vergrössert, ihre Consistenz etwas fester, als normal.

Prof. W. E. Tschernow: «Enteritis follicularis im Kindesalter.

Da bisher vielerseits noch bestritten wird, dass eine isolirt auftretende Entzündung des Darmdrüsenapparates vorkomme, die Existenz der Enteritis follicularis, als selbstständige, wohl characterisirte Erkrankung des Darmtractus in Frage gestellt wird, hat es Verf. nun sich zur Aufgabe gestellt, dieser Krankheitsform ein Bürgerrecht unter den kindlichen Darmerkrankungen zu verschaffen. Auf Grund von Mittheilungen anderer Autoren, und namentlich sich stützend auf seine eigenen Erfahrungen bespricht T. die besonderen Merkmale dieser Krankheit.

Zunächst werden zwei Abbildungen anatomischer Präparate reproduzirt. aus welchen deutlich zu ersehen ist, dass es sich um ein isolirtes Befallensein der Solitärfollikel, der Peyer'schen Plaques und der Lieberkuhn'schen Drüsen (microscopisch nachgewiesen) gehandelt hat. Die Darmschleimhaut war nicht in Mitleidenschaft gezogen. Das Präparat stammt von einem ein Tag nach der Enucleation eines sarcomatösen Bulbus gestorbenen Kindes. Bei Lebzeiten hatten häufig Durchfälle bestanden. Ausserdem werden vom Verf. zwei ausführliche Krankheitsfälle von Enteritis follicularis geschildert.

Pathologisch anatomisch, werden in derartigen Fällen bald nur die Solitärfollikel, bald die Peyer'schen und die Lieberkühn'schen Drüsen, oder auch endlich sämmtliche zusammen befallen; die Schleimhaut des Darmes ist gewöhnlich intact und in Folge dessen kommt es auch nicht zu einer Verdickung der Darmwandung. Dementsprechend variirt das klinische Bild, indem bald die Erscheinungen einer Colitis vorherrschen (Solitärfollikelbetheiligung), bald die einer Gastroenteritis.

Die ätiologische Ursache dieser Krankheit ist eine infectiöse, und zwar wird letztere durch das bacterium coli commune oder durch einen diesem ähnlichen Mikroorganismus hervorgerufen. Solches stehe durch die Untersuchungen vieler Autoren bewiesen fest.

Der klinische Verlauf ist, wie bereits angedeutet, ein verschiedener, bald hat man die üblichen Erscheinungen einer Dyspepsie, vergesellschaftet mit Colitis, bald spielt sich die Erkrankung ab unter dem Bilde einer Dysenterie mit typhösem Character, begleitet von collapsähnlichen Zufällen. Das stets mehr oder minder starke Ergriffensein des nervösen Apparates weise gleichfalls auf einen infectiösen Character hin. Der Allgemeinzustand ist stets stark in Mitleidenschaft gezogen.

Differentialdiagnostisch ist folgendes characteristisch, worauf bisher von keinem anderen Kliniker hingewiesen worden ist: Enteritis follicularis unterscheidet sich von Dysenterie und von Colitis durch das Fehlen nennenswerther Schmerzempfindung in der linken fossa iliaca, durch das Fehlen einer Schwellung des Colon descendens, so dass letzteres garnicht oder nur sehr schwer zu palpiren ist, und endlich durch den Umstand, dass täglich mehrere Stühle mit Faecesbeimengung vorkommen, was das einzige Unterscheidungsmerkmal der sonst dysenterieähnlichen Stühle ausmache.

Die Prognose ist im allgemeinen nicht ungünstig, der Verlauf zuweilen recht protrahirt. In der Behandlung spielen Milchdiaet und Darmantiseptica die Hauptrolle.

P. J. Fedorow: «Ein Fall von Menière'scher Krankheit eines 12-jährigen Mädchens».

Die Erkrankung begann plötzlich unter Schwindel und Erbrechen, am nächsten Tage stellte sich absolute Taubheit ein und es traten heftige Kopfschmerzen, taumelnder Gang und Fieber atypischen Characters auf. Unter den genannten Erscheinungen, bald weniger mehr in den Einzelheiten ausgeprägt, verlief die Krankheit 6 Wochen lang, um in allmähliche Reconvalescenz überzugehen. Sämmtliche Symptome schwanden, bis auf dauernd zurückbleibende Taubheit.

Verf. möchte diesen Fall zu den Formen Menière'scher Krankheit zuzählen, die plötzlich, ohne vorhergegangenes Trauma, Personen mit bis dahin absolut intactem Gehörorgan zu befallen pflegen, im Gegensatz zu den sich an Mittelohrerkrankungen anschliessenden. Anamnestisch konnte eruirt werden, dass Pat. ein Jahr früher eine eitrige Peritonitis überstanden hatte. (Ursache ?)

Der mitgeteilte Fall zeichnete sich aus durch periodisch auftretende Schmerzen heftigster Art in der Schläfengegend. Fieber, das hier bestanden hatte, kommt bei der Menière'schen Krankheit auch gewöhnlich nicht vor. Das therapeutisch gegen die Taubheit angepriesene Chinin blieb hier ganz erfolglos.

A. Kissel: «Ein Fall von Oedemen ohne Albuminurie im Verlaufe von Pneumonia crouposa bei einem 10-jährigen Knaben».

Die Oedeme in Folge von Herzschwäche bildeten sich am 17. Erkrankungstage aus; die Krisis der Pneumonie erfolgte am 20. Tage. Der Harn war die ganze Zeit über frei von Eiweiss.

A. Kissel: «Ein Fall von Ichthyosis besonderer Art bei einem fünfjährigen Knaben».

Die Haut des behaarten Teiles des Kopfes, am Körper und den Extremitäten, mit Freilassung des Gesichts, der Handflächen, Fusssohlen, Axillar- und Inguinalgegenden und vorne am Halse, war rauh, trocken, dicht besät mit derben, blassen, schuppenden Knötchen von Saatkorngrösse. Juckreiz bestand nicht und der kleine Patient schien durch die vorhandene Hauterkrankung im Wohlbefinden durchaus nicht gestört zu werden. Die Krankheit bestand angeblich vier Monate lang. Nach eingeleiteter Behandlung: Bettruhe, reichliche Kost. Leberthran intern, Hauteinreibungen mit grüner Seife mit nachfolgendem Bad von 29° R in halbstündiger Dauer, veränderte sich das Krankheitsbild schon nach 8 Tagen in folgender Weise: die Knötchen begannen zu verschwinden, es stellte sich reichliche Desquamation ein und man bekam zu Gesichte eine verdickte, trockene, rauhe, schuppende Haut. Nun war es sicher dass man es mit einer echten Ichthyosis zu thun hatte.

B. A. Egis: «Ein Fall von Schlangenbiss».

Am folgenden Tage, nachdem der 10-jährige Knabe von einer Kreuzotter in den linken Unterschenkel gebissen worden war, wurde er ins Hospital gebracht. Das linke Bein war, abgesehen davon dass bald nach dem Biss eine Ligatur oberhalb der Wunde angelegt worden war, stark oedematös, schmerzhaft, bläulich rot. Die Bisswunde kaum wahrnehmbar. In den drauffolgenden Tagen erstreckten sich die Oedeme auf die linke Bauch- und Brusthälfte aufwärts etwa bis zur Höhe der Scapula. Das Allgemeinbefinden blieb bis auf geringe Depression die ganze Zeit hindurch ein gutes. Allmählich schwanden die Oedeme und der Knabe genas. Die Therapie bestand in Darreichung von Analepticis und Bädern von 39° C mit nachfolgendem Schwitzen.

L. P. Alexandrow: «Mehrfach localisirter Echinococcus bei einem 7-jährigen Knaben».

In einem Zwischenraum von 6 Monaten wurde der Knabe durch zweimalige Operation von 3 Echinococcusblasen der Leber befreit. 6 Monate nach der zweiten Operation wurde er in ziemlich desolatem Zustande wiederum ins Hospital gebracht und ihm eine Echinococcusblase der Bauchhöhle eröffnet. 10 Tage nach der Operation exitus letalis unter zunehmender allgemeiner Schwäche. Bei der Obduction stellte es sich heraus, dass die letzt operirte Blase sich zwischen der unteren Leberoberfläche und der hinteren Magenwand befunden hatte. Ausserdem fand man im rechten Leberlappen hinten und in der linken Lungenspitze Echinococcusblasen von beträchtlicher Grösse. Im Ganzen waren somit im gegebenen Falle 6 einzelne Echinococcenblasen vorhanden gewesen.

Hecker.

Medicinskoje Obosrenje, September, October 1898.

M. Iwanow. «Ueber einen günstigen Effect des Chelidoniumalkaloid bei maligner Neubildung des Magens».

Eine 52-jährige Frau wies die unzweifelhaften Symptome des Magenkrebses auf und gebrauchte I. zunächst das bekannte spirituöse Extract des Chelidonium, der Marasmus zeigte aber immer weitere Fortschritte, die starken Schmerzen hörten nicht auf und das Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen nahm eher noch zu. Autor versuchte nun das Chelidoninum sulfuricum à 0,1 in Oblaten, 2 Mal täglich. Bald nach dem Beginn dieser Cur hörte das Erbrechen auf, ebenso die Schmerzen, so dass die vorher eingeführte Mastdarmernährung wieder ausgesetzt werden konnte. Das Körpergewicht hob sich zusehends und die Patientin fühlte sich ganz wohl.

E. Maljutin. «Ueber einen Fall von Rhinolithiasis».

A. W. Popow. «Diabetes mellitus bei Kindern».

Verfasser beschreibt 4 Fälle, die sämmtlich lethal endeten, und giebt eine Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle.

L. Koschin. «Ueber einen Fall von traumatischer Leukaemie».

Wladimir Poljakow. «Die Gelatine als Haemostaticum».

Verfasser konnte sich bei Thierexperimenten von der blutstillenden Eigenschaft der Gelatine überzeugen; auch in Fällen von sehr abundanten haemorrhoidalen Blutungen, wo alle bekannten therapeutischen Maassnahmen in Stich liessen, sah er von Clysmen mit 10% wässriger Gelatinelösung prompten Effect. Diese Erfahrungen bewogen ihn das Mittel in einem schweren Falle von Magengeschwür anzuwenden. Grosse Bismuthdosen blieben ohne Erfolg. P. verordnete alsdann eine 10%-ige Gelatinelösung, und zwar davon drei Mal täglich à 200 Ccm. Schon nach 24 Stunden hörte das Erbrechen auf und die Kranke genas rasch.

P. Ljubomudrow. «Zur Aethiologie der Dysenterie».

Die eingehenden bacteriologischen Studien des Verfassers ergaben, dass fast constant bei der Dysenterie der Colibacil-

lus zu finden sei, und zwar lassen sich leicht Reinculturen darstellen. Sowohl bei der Untersuchung der Dejectionen, als auch bei der postmortalen Untersuchung der Dickdarmgeschwüre konnte L. diesen Bacillus constatiren. Um zu entscheiden, ob er als specifischer Erreger der Krankheit angesehen werden könnte, wandte L. die Agglutinationsmethode an, doch konnte er eine Agglutination, selbst bei einer Verdünnung des Serums mit der eintägigen Bouilloncultur von 1:5 und 1:1 nicht nachweisen. Obgleich der Coli bacillus nicht als Hauptfactor bei der Dysenterie angesehen werden kann, so ist er andererseits für diese Krankheit von gewisser Bedeutung.

N. Ssokolow: «Traumatische Darmstrictur; über die Verwendung der Murphy'schen Knöpfe statt der Darmnaht».

Autor bekennt sich als Anhänger der von Murphy angegebenen und von Frank modificirten Knöpfe; besonders vortheilhaft wegen der leichten Ausführbarkeit erweist sich die Methode in der Landpraxis.

W. Mjassnikow: «Zur Casuistik der Gebärmutter — Darmfisteln».

N. Marjantschik: «Ueber die Indicationen der artificiellen Sterilität».

Diese ist nach Verf. für immer indicirt 1) bei hochgradig verengtem Becken, wenn die Mutter sich den Gefahren des Kaiserschnittes nicht aussetzen will. 2) bei Phtisis pulmonum. 3) bei Herzkrankheiten, wenn Compensationsstörungen schon vor der Ehe vorhanden waren. Nur zeitweise ist die Sterilität anzustreben. 1) bei Nierenkrankheiten und Diabetes, solange die Symptome dieser Affectionen vorhanden sind. 2) bei Herzkrankheiten, wenn dieselben später, nach bereits durchgemachter Schwangerschaft aufgetreten sind. 3) Bei Uterusprolaps. 4) Ein oder 1½ Jahre nach jeder Geburt.

Brasslawski und Lurje: «Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Intermittens und Recurrens».

A. Bjelski: «Die Masernflecke auf der Mundschleimhaut».

Autor behauptet, dass er die von Koplik und dann von Slawyk beschriebenen Flecke auf der Wangenschleimhaut bei beginnenden Masern bereits 1890 in den Protokollen der Gesellschaft der Pskow'schen Aerzte beschrieben habe. Nunmehr berichtet er eingehend über dieses Symptom auf Grund einer grossen Beobachtungsreihe. Im Prodromalstadium der Masern, ungefähr am 3. Krankheitstage und 2—3 Tage vor Beginn der Hauteruption treten auf der Wangenschleimhaut (zunächst gewöhnlich auf der quer verlaufenden, der Zahnreihe entsprechenden Furche) eigenthümliche, weissliche kleine Flecke auf, die bald vereinzelt, bald gruppenweise angeordnet sind; gewöhnlich findet sich in der Umgebung der Flecke ein hyperämischer Hof; die Form der Flecke ist sehr unregelmässig, die Oberfläche nicht glatt, eher aufgelockert. Die Eruption dieser Flecke geht rasch vor sich, so dass zu Ende des 4. Tages die Flecke bereits auf der ganzen Schleimhaut der Wangen, der Lippen und des Zahnfleisches sich verbreiten können, die Schleimhaut bekommt alsdann das Aussehen, als ob die Epidermis mit einer Nadel gekratzt wurde; dabei nimmt die oben erwähnte Hyperämie zu, so dass die Schleimhaut schliesslich eine dunkelrothe Oberfläche, in der unzählige weissliche Pünktchen eingesprenkt sind, darstellt. Mit der Eruption des Hautexanthems schwindet rasch das eben geschilderte Bild, es bleibt nur noch die Schleimhauthyperämie nach, die zuweilen in einzelnen Flecken sich darstellt. Auch auf der Nasenschleimhaut ist es dem Autor gelungen die erwähnten weisslichen Flecke zu constatiren. Was die Häufigkeit dieses Befundes bei Masern anlangt, so hat Autor nur selten Fälle beobachtet, wo diese Flecke gar nicht zu constatiren waren. Sie sind für Masern pathognomonisch und können ein frühzeitiges Erkennen dieser Krankheit bedingen. Verf. hat Fälle beobachtet, wo die Prodromalsymptome sehr unbestimmt waren und durchaus nicht auf beginnende Masern hindeuteten, einzig und allein die Constatirung der Flecke auf der Mundschleimhaut verhalfen ihn zur richtigen und frühzeitigen Diagnose. — Bei Scharlach und bei Rubeola hat Verf. nie ein ähnliches Bild auf der Schleimhaut der Mundhöhle gesehen.

W. Weljamowitsch: «Kiehl — ein neues therapeutisches Agens».

Mit diesem Namen ist eine besondere Mineralsubstanz belegt worden, die einige Fuss tief in der Erde gefunden wurde, und zwar im Tauri'schen Gouvernement (Umgebung von Bachtschissarai). Die einzelnen Stücke dieser Substanz haben das Aussehen eines grauen Steines, der ziemlich weich und brüchig ist, im Wasser unlöslich, amorph und von geringem specifischem Gewicht. Kiehl hat die Fähigkeit grosse Wassermengen aufzunehmen, er wird dann weich und zerfällt in eine zarte flüssige, salbenartige Maasse von grau weisslicher Farbe. Diese Maasse erhält man rascher und besser, wenn man den Kiehl zuerst ausglüht. Sie kann lange Zeit ohne Schaden aufbewahrt werden und ist sie wieder trocken geworden, so kann man sie leicht wieder anfeuchten; an der Küste des schwarzen Meeres wird diese salbenartige Maasse als Seife vielfach verwendet und hat, namentlich für das Baden in salzhaltigem Wasser, grossen Vortheil von den üblichen Seifen. Auch therapeutisch kann die erwähnte Substanz verwendet werden, so z. B. bei Eczem. Autor schlägt vor die Substanz für die Darstellung von künstlichem Mineralmoor zu verwenden.

M. Nikiforow: «Zur Frage von der abdominalen Form der ektopischen Schwangerschaft».

Der vom Verf. beobachtete und operirte Fall ist insofern von besonderem Interesse, als die genaue Untersuchung des durch die Operation erhaltenen Präparates mit Bestimmtheit eine Betheiligung der Tuben und der Graaf'schen Follikel bei der Bildung der Frucht ausschloss. Es handelte sich somit um den seltenen Fall einer reinen abdominalen Schwangerschaft.

Abelmann.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Mai — August).

A. Matusowski: «Bericht über die Augenkranken des Marinehospitals zu Nikolajew im Jahre 1896». (Mai, Juni).

Während des Berichtjahres wurden 110 Patienten in der Abtheilung für Augenkranke stationär, 1191 ambulatorisch behandelt. Aufzählung der Erkrankungen, die kein besonderes Interesse bietet.

K. Morkotun: «Bericht über die Reise des Transportschiffes «Samojed» nach dem nördlichen Eismeer im Jahre 1897». (Mai—Juli).

Die Aufgabe des Schiffes bestand hauptsächlich in Schutz des Fischereigewerbes und des Seehundsfanges im russischen Eismeer und Verproviantirung der Leuchtthürme am Murmanufer.

G. Surowzew: «Die Behandlung der Blenorrhoea urethrae mit häufigen Injectionen von alkalischen Sublimatlösungen». (Mai, Juni).

Verfasser hat mit dieser von Jacsohn zuerst empfohlenen Methode so ausgezeichnete Erfolge gehabt, dass er sie allen anderen vorzieht. Er bediente sich einer Lösung von 1 Sublimat auf 8—10,000 einer 1 pCt. Lösung von Kali carbon. depur. und injicirte mit Gujon'scher Spritze 5—7 Mal täglich nach der Miction. Bereits nach 10 bis 12 Einspritzungen nahm die Zahl der Gonococcen bedeutend ab, um nach einigen Tagen (durchschnittlich 9 Tagen) ganz zu verschwinden. Ebenso wurde der eitrige Ausfluss bald schleimigeitrig dann schleimig und verschwand im Durchschnitt nach 12. Tagen. Die mittlere Zahl der Krankheitstage war bei den 16 Patienten: 16,7. Die oben angegebene Lösung führte zu keinen Reizzuständen der Harnröhre und wurde von den Patienten gut vertragen.

A. Zujew: «Ein Schiffsterilisator». (Mai).

Sterilisation durch strömenden Dampf unter erhöhtem Druck. Experimentelle Untersuchungen konnte Autor noch nicht ausführen

N. Bogoljubow: «Das Panzerschiff «Admiral Uschakow» in hygienischer Beziehung». (Juni, Juli).

A. Filaretow: «Ueber Streptococcenpneumonie». (Juni).

Von den mitgetheilten 4 Fällen beruhten 3 auf reiner Streptococceninfection, einer auf Mischinfection von Streptococcen und Diplococcen. Die beiden ersten Fälle waren den von Finkler beschriebenen ähnlich und verliefen wie acute Pneumonieen. Dabei trat im Beginn der Erkrankung besonders das Bild der schweren Allgemeininfection hervor, während die objective Untersuchung nur eine mässige Bronchitis constatiren liess. Letztere ging später in lobuläre und dann lobäre Infiltration über. Charakteristisch war auch die «Streptococcencurve» der Temperatur (Petruschky), deren Schwankungen bis zu 5° betrugen (Morgens 36,5°, Abends 41,2°), wobei der Abfall weder von Schweiss, noch Collaps, nach Bes-

serung der subjectiven Beschwerden begleitet war. Nach Beendigung des Processes (im ersten Fall lytisch, im zweiten kritisch am 9. Tage) ging die Genesung schnell vor sich. Die beiden anderen Fälle verliefen subacut. Im dritten bildeten sich gleichfalls einzelne Heerde in der Lunge und die Temperatur hielt intermittirenden Typus ein, obgleich die Schwankungen geringer waren. Dieser Fall dauerte beinahe 1 Monat, der andere über einen Monat. In beiden war die Streptococceninfection nur auf die Lungen beschränkt (im zweiten waren ausserdem Diplococcen im Sputum vorhanden), während in den beiden ersten auch im Blut Streptococcen gefunden wurden. Im vierten Fall gesellte sich zu einer acuten fibrinösen Pneumonie in der Periode der Lösung eine subacut verlaufende Streptococcenpneumonie. Alle Patienten genasen.

A. Fadejew: «Zur Casuistik des Typhus ambulatorius». (Juli).

Verf. konnte unter den Krankengeschichten der Typhusabtheilung des Petersburger Marinehospitals 3 Fälle von ambulatorischem Typhus sammeln. Zwei davon wurden in der vierten Krankheitswoche mit den Zeichen der Perforationsperitonitis aufgenommen und starben. Bis dahin waren beide auf den Beinen gewesen und hatten nur leichte Krankheitserscheinungen. Die Section ergab charakteristische typhöse Geschwüre des Darmes. Der dritte Patient wurde mit leichtem Fieber und Bronchitis am Ende der ersten Krankheitswoche aufgenommen. Nach einer körperlichen Anstrengung entwickelten sich die Symptome von Peritonitis, die auf Perforation eines typhösen Darmgeschwürs zurückgeführt wurde. Eine Operation wurde wegen Schwäche des Patienten unterlassen. Bei der Section erwies sich, dass eine abscedirte Mesenterialdrüse in die Bauchhöhle perforirt war und allgemeine Peritonitis hervorgerufen hatte.

A. Suchow: «Zur Behandlung des Erysipels mit Antistreptococcenserum». (Juli).

Da S. nur 9 Fälle in Behandlung hatte und einige darunter noch mit anderen Mitteln behandelt wurden, möchte er nur auf die unzweifelhaft günstige Beeinflussung durch die Seruminjectionen aufmerksam machen. Allerdings trat die Heilung in einigen Fällen erst nach 5—7 Tagen ein. Das frisch zubereitete Serum schien bedeutend stärker zu wirken, als das alte.

J. Tischkow: «Bericht über das Anatomicum des Marinehospitals zu Kronstadt im Jahre 1896». (August).

Während des Berichtjahres gelangten 620 Leichen zur Section Genauere Beschreibung der einzelnen Fälle.

Th. Lukin: «Ueber die Veränderung der Toxicität des Urins bei Epilepsie». (August).

Während einige Autoren (Robin, Rose, Mairet) eine Verminderung der Toxicität des Urins nach dem epileptischen Anfall beobachteten, konnten andere (Voisin, Deny und Chouppe) dieses nicht bestätigen. Zur Klarlegung dieser Streitfrage untersuchte L. den Urin von 5 Epileptischen und kam zu folgenden Resultaten. Nach Beendigung des epileptischen Anfalls (nach circa 5 Stunden) nimmt die Toxicität des Urins bedeutend ab, um nach 4—5 Tagen wieder zu ihrer früheren Intensität zurückzukehren. Der während des Anfalls oder 1—2 Stunden später entleerte Urin ist hypertoxisch. Manchmal ist auch der kurz vor dem Anfall entleerte Urin in geringem Grade hypertoxisch, doch ist das nicht die Regel.

N. Korolenko: «Ein Fall von Echinococcus der Leber und der Gallenblase». (August).

Die 30-jährige Patientin wurde in der Annahme eines subdiaphragmalen Abscesses punctirt, wobei sich Echinococcenhaken im Eiter fanden. Nach Resection der rechten VIII. Rippe und Spaltung der Pleura und des Zwerchfells wurden circa 10 Pfund stinkenden, gallenhaltigen Eiters entleert. Tod nach 6 Tagen. Bei der Section fanden sich 2 grosse mit einander communicirende Höhlen in der Leber, die beinahe den ganzen rechten Lappen einnahmen und theilweise mit Chitinmembranen ausgekleidet waren. Das Lebergewebe in der Umgebung war von kleinen Abscessen durchsetzt. In der Gallenblase lagen circa 20 Echinococcenblasen von Haselnussgrösse und ein Dutzend dunkler Pigmentsteine von Erbsengrösse. Aus der Anamnese war zu ersehen, dass der Krankheitsprocess lange symptomenlos verlaufen war, bis es zur Eiterung (2 Wochen vor der Aufnahme) kam. Letztere hing wahrscheinlich mit einer Para- und Perityphlitis zusammen, an der die Patientin 2 Monate vordem erkrankt war.

G. Griwzow: «Ueber die Wirkung des Jodoforms, Dermatols, Europhens, Sozojodolnatriums und Xeroforms auf den weichen Schanker». (August).

Verfasser bespricht im vorliegenden I. Kapitel die Wirkung des Dermatols, die nach seinen Versuchen eine absolut negative war.

Weyert.

Russkij Archiv Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Bd. VI, Abth. 2, 3.

K. Dehio. «Ueber die durch Anwesenheit des Balantidium Coli hervorgerufenen catarrhalischen und ulcerösen Processe des Dickdarms».

Als Ergänzung der von den Assistenten des Verfassers Gurwitsch und Woit mitgetheilten Fälle von Colitis e balantidio, führt Prof. Dehio einen von ihm beobachteten neuen Fall vor, der in besonders instructiver Weise die characteristischen anatomischen Veränderungen des Dickdarms zeigte. Ein 45-jähriger Mann wurde unter den Erscheinungen der Prostration und profuser Durchfälle ins Hospital aufgenommen, er klagte über starke Schmerzen, namentlich in den seitlichen und unteren Parthien des Leibes. In den wässrigen, blass-bräunlichen Ausleerungen fand Autor viele weisse runde Zellen, rothe Blutkörperchen und eine Menge von in rascher Bewegung sich befindenden balantidien. Trotz innerlicher Opiumbehandlung und 1%-iger Borsäureclysmen trat der Exitus lethalis nach 2 Tagen ein. Bei der Section fanden sich ganz characteristische Geschwüre auf der Schleimhaut des Dickdarms; sie sind von unregelmässiger Form und meist mit dem grösseren Durchmesser perpendiculär zur Darmaxe angeordnet: sie sind theils noch mit nekrotisirten Massen bedeckt, theils schon gereinigt und dringen bis in die Muscularis, sogar bis zur Serosa vor. Der ulceröse Process beginnt 15 Cm. vom Coecum entfernt, zunächst finden sich auf dem Colon ascendens vereinzelte Geschwüre und, je näher zum Colon descendens, um so mehr häufen sich dieselben; ungefähr 16 Cm. neben dem S. Romanum ist die ganze Schleimhaut des Colon descendens in eine grosse geschwürige Fläche verwandelt. Im Darminhalt fand Verf. eine Menge von Balantidien,— ein sehr interessanter Befund, da die früheren Beobachter im todten Darm nie dieselben gefunden haben: die Balantidien sollen schon einige Stunden nach dem Tode des Wirthes verschwinden. Auf Grund seiner Erfahrungen spricht sich Prof. Dehio dahin aus, dass in Livland das Balantidium coli eine der häufigsten Ursachen der schweren chronischen Dickdarmerkrankungen darstellt.

W. Muratow. «Ueber die durch das diphtheritische Toxin und Antitoxin gesetzten Alterationen des Nervensystems».

Verf. versuchte auf experimentellem Wege die höchst wichtige Frage zu entscheiden, ob das Diphtherieserum die durch das Diphtherietoxin hervorgerufenen Veränderungen des Nervensystems zu coupiren vermag und wie sich die beiderseitige Wirkung verhält. Bereits früher hat Autor an Meerschweinchen die Wirkung des Diphtherietoxins auf das Nervensystem untersucht, nunmehr bestimmte er den Einfluss des Diphtherieantitoxins. Derselbe macht sich in acuten Fällen im Rückenmark geltend, in mehr chronischen Fällen auch in den peripheren Nerven. Im Rückenmark sind es zunächst die Zellen der Vorderhörner und zwar deren vordere, äussere Gruppe, die Veränderung erleiden — allgemeine und periphere Chromatolyse, Zerfall der Chromatinkerne, Vacuolisation. In mehr chronischen Fällen finden sich auch degenerative Veränderungen an den Fasern der peripheren Nerven. Autor suchte nun die Veränderungen zu constatiren, die bei vollständiger und unvollständiger Neutralisation des Diphtheriegiftes durch das Antitoxin auftreten. Wird den Meerschweinchen ein Gemisch von Toxin und Antitoxin injicirt, so treten gar keine Veränderungen im Nervensystem auf, falls eine vollkommene Neutralisation stattgefunden hat; überwiegt jedoch das Toxin bedeutend, so findet man im Nervensystem genau dieselben Alterationen, die bei Einführung des diphtheritischen Toxins beobachtet worden sind. Verfasser konnte ferner durch eine Reihe von Experimenten nachweisen, dass das diphteritische Serum, wenn es vor dem Toxin dem Organismus einverleibt wird, dem Nervensystem gegenüber prophylaktische Fähigkeiten entfaltet; wird es 5—10 Tage vor dem Toxin injicirt, so werden die Nervenzellen vor der Zerstörung geschützt; die deletäre Wirkung des Toxins auf die Nervenzellen wird fernerhin vermindert, wenn das antidiptheritische Serum in den ersten sieben Tagen nach der Einverleibung des Toxins injicirt wird. Verf. konnte ferner durch eine Reihe von Experimenten den Beweis liefern, dass bei der Wirkung des antidiphtheritischen Serums auf das Nervensystem nicht nur allein die normalen Bestandtheile des Pferdeblutserums in Frage kommen, sondern auch besondere, dem Diphtherieserum speciell gehörige Stoffe.



J. Nikitin. «Zur Theorie der Bacterien-Färbung».

Th. Fagonski. «Zur Frage von dem Einflusse der Schwangerschaft auf den Verlauf der Tuberculose».

Diese höchst wichtige und von den Klinikern viel umstrittene Frage versuchte Autor auf experimentellem Wege zu entscheiden. Er injicirte trächtigen und nicht trächtigen Meerschweinchen Tuberkelbacillenculturen und beobachtete dann den Verlauf der Infection (genaue Bestimmung des Gewichts, der Temperatur etc.). Bei den trächtigen Thieren verlief der tuberculöse Process viel langsamer. als bei den normalen Thieren. Verf. konnte auf Grund seiner Beobachtungen zum Schlusse gelangen, dass der tuberculöse Process während der Schwangerschaft und in der unmittelbar darauf folgenden Periode hintangehalten werde. Weitere Experimente erbrachten den Beweis, dass die Streptococcen für trächtige Meerschweinchen viel virulenter sind, als für nicht trächtige.

P. Schatilow: «Zur Lehre von dem Pulse bei Aneurysmen». (Abth. 1, 2 u. 3).

Verfasser hat in 10 Fällen von Aortenaneurysmen sphygmographische Pulscurven aufgenommen und konnte zu folgenden Schlüssen kommen:

Bei Vorhandensein von Aneurysmen werden die unterhalb gelegenen peripheren Gefässe in 2 Absätzen gefüllt: bei der Contraction des Herzens (unmittelbare Wirkung, primäre Dilatation) und 2) bei der Contraction des Aneurysmas (secundäre Dilatation); letztere macht sich auf dem Sphygmogramm als eine grössere oder kleinere prädikrotische Welle kenntlich. Für aneurysmatische Curven sollen folgende 3 Besonderheiten der prädikrotischen Welle charakteristisch sein 1) ihre hohe Lage (mit Neigung zur Anakrotie). 2) starke Entwickelung und 3) der Grösse nach die dikrotische Welle übertreffend. In den letzten Stadien der Aneurysmenentwicklung sind die Curven wenig charakteristisch: 1) die incrustirte, petrificirte Wand, die völlig ihre Elasticität eingebüsst hat, kann die Pulswelle gar nicht beeinflussen. 2) Sehr grosse und ausgedehnte Aneurysmen können die secundären Wellen ganz verwischen und geben dann im Allgemeinen einen Pulsus rotundus. Kleine Aneurysmen mit stark hypertrophischen, aber noch elastischen Wänden geben die charakteristischesten Curven. Autor behauptet, dass man auf Grund der sphygmographischen Curven die Diagnose der Aorten-Aneurysmen schon sehr frühzeitig stellen könne, was natürlich in therapeutischer Hinsicht von grösster Wichtigkeit ist. Entdeckt man auf der Pulscurve die 2 erwähnten Besonderheiten der prädikrotischen Welle, so muss das als sehr verdächtig bezeichnet werden und man wird dann noch nach anderen Anhaltspunkten für Aortenaneurysma fahnden.

A. Grünfeld: «Die Lepra im Dongebiet und die Anwendung des Heilserums».

Autor giebt einen Ueberblick über die Entwicklung der Lepra im Dongebiet und über die Maassregeln, die von der Regierung gegen die Verbreitung der Krankheit angewandt worden sind. Mit Merck'schem Serum hat G. auch therapeutische Versuche angestellt, und zwar in 2 Fällen von typischer Lepra maculo-tuberosa; im ersten Falle wurden 131 Gramm des Serums, im 2. Falle 155 Gramm verbraucht, die Anfangsdosis für die subcutane Injection betraf 2,0. Gewöhnlich beobachtete G. 4—8 Stunden nach der Einspritzung des Serums eine Reaction: Schüttelfrost, Fieber bis 39,0; die Patienten klagten dabei über allgemeine Schwäche, Schmerzen in den Gelenken; diese Symptome verschwanden gewöhnlich nach 18—36 Stunden. Im Allgemeinen war Autor mit den Erfolgen recht zufrieden; bei beiden Kranken trat nach 2—4 Monaten eine ausgesprochene Besserung ein: die Knötchen verkleinerten sich, die kupferrothe Gesichtsfarbe verschwand, auch die Spannung in den infiltrirten Gebieten verringerte sich bedeutend: beim ersten Kranken verlor die Facies leonina den typischen Charakter, beim 2. Kranken vernarbten die zahlreichen Geschwüre auf der Mundschleimhaut. Auch in 2 weiteren Fällen, die Verf. nicht so regelmässig behandeln konnte, konnte eine bedeutende Besserung constatirt werden.

S. Konwaiewski: «Zur Frage von der Stickstoffabsorption der Luft durch die Mikroben».

Die recht interessanten Versuche des Verf. führen zum Schlusse, dass die verschiedensten sowohl pathogenen, wie auch saprophyten Mikroben nicht nur aus ihren Nährsubstraten, sondern auch aus der Luft Stickstoff absorbiren, was von gewissen Wachsthumsbedingungen abhängt.

Abelmann.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. Nr. 36—44.

A. Denissow: «Narkosenstatistik der chirurgischen Abtheilung des Peterpaulhospitals zu St. Petersburg während der Jahre 1896, 1897». (Nr. 36).

(Schluss).

Während der Berichtsjahre wurden 1316 Operationen unter Narkose ausgeführt, die grösseren und länger dauernden unter Cocain-Chloroform (500 Operationen), die weniger Zeit in Anspruch nehmenden unter Chloroform (146), schnell auszuführende unter Bromaethyl (642). Bei Herzkranken wurde Cocain-Aether (12), ausserdem zufällig 8 Mal Bromaethyl-Chloroform, 7 Mal Cocain-Bromaethyl und 1 Mal Morphium-Chloroform angewandt. Cocain wurde 0,02—0,12 injicirt, Chloroform tropfenweise auf die Maske von Esmarch, später Schimmelbusch gegeben. Die längste Operation (unter Cocain-Chloroform) dauerte 250 Minuten (Incarceratio intestinorum), im Durchschnitt wurden 0.39 Chloroform pro Minute bei Cocain-Chloroform gegeben. Bei dieser Narkose wurde ein Todesfall während der Operation verzeichnet: eine 21-jährige Patientin mit Nekrosis femoris post Osteomyelitidem starb nach 23,0 Chloroform (während 42 Minuten gegeben) bei Beendigung der Operation an Herzlähmung. Die Section ergab parenchymatöse Degeneration des Herzens (nach Enterocolitis ?) und chronische Nephritis. Bei reiner Chloroformnarkose wurden durchschnittlich 0,73 Chloroform in der Minute verbraucht, sie dauerte im Mittel 20—27 Minuten. Bei Bromaethylnarkose, die durchschnittlich 4,5—8 Minuten dauerte, wurden 7—19,0 Bromaethyl verbraucht.

G. Swijasheninow: «Zur Radikaloperation der Inguinalhernie nach einer combinirten Methode von Kocher und Bassini». (Nr. 36).

Zuerst theilt S. seine von ihm in der letzten Zeit angewandte Methode mit, die eine Combination von «Kocher» und «Bassini» darstellt: nach Entwickelung des Bruchsackes Verlagerung nach Kocher (vorletzte Modification), Bildung der Wände des Kanals nach Bassini, mit der alleinigen Ausnahme, dass die am meisten medial liegende Muskelaponeurosennaht durch die Aponeurosen des Mm. obliquus int. und transversus und das lig. Pouparti am tuberculum pubis geführt wurde. Dann geht Verfasser auf eine unlängst von Dr. Krassinzew (Pbg.) veröffentlichte Arbeit «über die Radikaloperation der Inguinalhernie» ein, der gleichfalls eine Combination beider Methoden mit der von Macewen vorschlägt, dabei aber die Hauptpunkte dieser Methoden nicht berücksichtigt.

A. Mokejew: «Ein Fall von akuter Erkrankung der inneren Lymphdrüsen, behandelt mit Antistreptococcenserum». (Nr. 36).

Bei einem 1½-jährigen Kinde, das akut an einer in ihrer Aetiologie dunklen, fieberhaften, über 7 Wochen anhaltenden Erkrankung befallen war, injicirte Verfasser einmal 5 ccm. Antistreptococcenserum. Am Tage darauf fiel das Fieber, um am vierten Tage ganz zu verschwinden. Verfasser nimmt an, dass es sich um Influenza gehandelt habe (Katarrh des Mittelohrs im Beginn der Krankheit), deren Erreger oder Toxine die inneren Lymphdrüsen zur Entzündung brachte (Schwellung der Bronchialdrüsen und Mesenterialdrüsen, kurze Zeit auch der Halsdrüsen). Die Blutuntersuchung auf Widal war negativ, eine Untersuchung des Blutes auf Bakterien wurde nicht ausgeführt.

S. Goldberg: «Ueber die Verleihung specifischer Immunität gesunden Thieren durch Serum immunisirter Thiere». (Nr. 37—39).

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt G. zu folgenden Resultaten:

Mit Hilfe des Serums von Meerschweinchen, die gegen den Vibrio der Septikaemie immunisirt wurden, kann man bei gesunden Meerschweinchen ein Serum erhalten, das auf den Vibrio Septikaemiae bactericid wirkt. Diese Wirkung tritt 24 Stunden nach Injection des Serums auf. Höchst wahrscheinlich ist diese Immunität keine rein «passive», möglicherweise nimmt der Organismus bei Ausarbeitung der bactericiden Eigenschaften activen Antheil. Der therapeutische Effekt bei Injection von Serum bei septischen Erkrankungen muss wahrscheinlich zum grossen Theil auch den bactericiden Eigenschaften des Serums des thierischen Organismus zugeschrieben werden.

K. Akimow-Peretz: «Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Abdominaltyphus und acutem Gelenkrheumatismus». (Nr. 37).

Aus der angeführten Krankengeschichte geht hervor, dass die Erscheinungen von Seiten der Gelenke charakteristisch für Rheumatismus waren, an dem der Patient schon früher wiederholt gelitten hatte. Die klinischen Symptome des Typhus dagegen waren nicht sehr hervortretend, ausser der Temperaturerhöhung, die auch nach Zurückgehen der Gelenkaffectionen nicht nachliess. Den Ausschlag gaben aber der positive Ausfall der Widal'schen Reaction und das Vorhandensein von Eberth'schen Bacillen im Stuhl. Patient genas.

Prof. W. Obraszow und Prof. W. Wyssokowitsch: «Ein Fall von perniciöser Anämie bei Miliartuberkulose». (Nr. 38).

Auf Grund einer rechtsseitigen Spitzenaffection, der schnell fortschreitenden hochgradigen Anämie und Abmagerung (10 pCt. Hämoglobin, 480 000 rothe Blutkörperchen), der erhöhten Temperatur und des Fehlens anderer Erscheinungen und aetiologischer Momente wurde die Diagnose «akute Miliartuberkulose» gestellt. Nach einer Woche starb der 19-jährige Patient. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: primäre Tuberkulose und Verkäsung der Bronchialdrüsen (ohne Lungentuberkulose) sekundäre Tuberkulose und Verkäsung der subdiaphragmalen, lienalen und portalen Lymphdrüsen, disseminirte Tuberkulose der Leber und Milz; Anaemie aller Organe; fettige Degeneration des Herzens mit Dilatation der Ventrikel.

Verfasser machen auf den Zusammenhang zwischen Anaemie und tuberkulöser Affection von Leber und Milz aufmerksam, deren in engem Verhältniss zur Blutbildung stehenden Function offenbar gelitten hatte. Ausserdem scheint der Fall lehrreich für die Art der Verbreitung der Tuberkulose, die längs den Lymphwegen von der Brusthöhle in die Bauchhöhle, also gegen den Lymphstrom erfolgte.

J. Reitz: «Ueber Behandlung von Eiterungen nach der Methode von Georgiewski». (Nr. 38).

Georgiewski hatte im Jahre 1897 (Wratsch Nr. 6 und Nr. 42) die Anwendung von Kompressen mit 2 pCt. Sodalösung bei Entzündungen und Eiterungen empfohlen. Verfasser kann die günstige Beeinflussung der Eiterung nur bestätigen, obgleich sein Material wenig zahlreich und ambulatorisch war. Er tamponirte nach Oeffnung des Abscesses die Wunde mit einem in 3 pCt. Sodalösung getränkten und ordentlich ausgepressten Tampon und erzielte sehr schnelle Heilung.

K. Solonzew: «Ueber croupöse Pneumonie im Zusammenhang mit meteorologischen Erscheinungen nach Beobachtungen im Marienhospital (Petersburg) während der Jahre 1880—1895». (Nr. 39, 40).

Während obigen Zeitraumes wurden 4252 Pneumoniker im Marienhospital stationär behandelt (4,4 pCt. aller stationärer Kranken). Die Mehrzahl (43,7 pCt.) stand im Alter von 15—30 Jahren. In Bezug auf die Häufigkeit der Pneumonie lieferte das Frühjahr die meisten Erkrankungen (38 pCt.), dann folgten der Winter (26 pCt.), der Herbst und Sommer. Bei genauer Prüfung der meteorologischen Erscheinungen ergab sich, dass Nord-, Nordwest-, West- und Nordostwinde, niedere Temperatur, geringer absoluter und hoher relativer Feuchtigkeitsgehalt der Luft, geringe Zahl der Niederschläge, Wind, niedriger Atmosphärendruck eine Erkrankung an Pneumonie begünstigen. Die Wärmeabgabe ist in solchem Fall erhöht, die Abkühlung des Körpers daher erleichtert. Man muss also der Erkältung eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Pneumonie einräumen.

M. Rostowzew: «Zur Kasuistik des primären Krebses der Extremitäten». (Nr. 39).

Verf. theilt 2 Fälle von Krebs auf dem Boden eines ulcus cruris mit. In einem handelte es sich um eine 64-jährige Patientin, die an einem sehr ausgedehnten carcinomatös degenerirten Unterschenkelgeschwür litt, so dass der Oberschenkel im unteren Drittel amputirt werden musste. Heilung per primam. Im zweiten Fall war das Carcinom nicht vom Rande, sondern von der Mitte des Geschwürs ausgegangen und wurde excidirt. Heilung nach wiederholter Thiersch'scher Transplantation.

N. Ketscher: «Ueber typhöse Lähmungen». (Nr. 40—44). (Fortsetzung folgt).

G. Arsamasskow: «Zur Klinik und Bakteriologie der Masern». (Nr. 40, 41).

Verf. macht bei Besprechung der klinischen Erscheinungen besonders auf die Schwellung der Lymphdrüsen, die in circa 80 pCt. der Fälle beobachtet wird, und auf die nicht seltenen Temperaturerhöhungen im Desquamationsstadium aufmerksam, die manchmal intermittirenden Charakter haben und in ihrer Aetiologie noch dunkel sind. Dann geht Verf. zur Besprechung der häufigsten Complicationen über.

Bei bakteriologischer Untersuchung des Blutes, des Secrets des Conjunctivalsackes und pneumonischer Heerde fand Verf. den bereits von Canon und Pielicke beschriebenen Bacillus, allerdings nur in wenigen Präparaten und bei Züchtung auch nur selten, trotz zahlreicher Versuche. Immerhin glaubt er, wohl mit Recht, es nicht mit einem zufälligen Befund zu thun zu haben.

A. Jarotzki: «Die Abhängigkeit der Zellstructur des Pankreas von ihrer Funktion und Ernährung». (Nr. 41).

Obige Arbeit ist als Fortsetzung der Untersuchungen von Lukjanow über die Veränderung der Leberzelle beim Hungern anzusehen und wurde daher in derselben Weise ausgeführt an hungernden Thieren. Bei Thieren, die absolut hungerten wurden Zellen und Kerne kleiner, in der Structur des Protoplasmas und des Kernes konnten aber keine augenfällige Veränderungen gefunden werden. Die Zahl der zymogenen Granula nahm stark ab. Bei Thieren, denen nur Zucker zugeführt wurde, verkleinerten sich Zellen und Kerne am stärksten, der Kern blieb in seiner Structur unverändert, die Fasern des Protoplasmas waren dichter gelagert und die Granula vermindert. Bei Hungern mit Fettzufuhr verkleinerten sich Zellen und Kerne ebenso wie beim absoluten Hungern, das Protoplasma aber wies bedeutend zartere Faserung, auf als normal und auch die Granula waren viel kleiner und nur schwach mit Eosin färbbar. Die Kerne färbten sich stark mit Safranin. Bei Hungern mit Stärke zufuhr waren die Zellen ebenso verkleinert, wie bei absolutem Hungern, die Faserung des Protoplasmas war zart, die Granula kleiner als normal, aber gröber, als bei Hungern mit Fettzufuhr. Die Kerne dagegen waren vergrössert, hauptsächlich durch Zunahme des Kernsaftes.

J. Paltschikowsky: «Einige experimentelle Beobachtungen über die Veränderungen des Diphtherieheilserums und der Diphtherietoxine bei Einführung durch den Mund». (Nr. 42).

Bei Fütterung von Thieren mit maximalen Toxindosen längere Zeit hindurch wurden letztere schnell und vollkommen zerstört, denn es gelang nicht, im Blut eine antitoxische Eigenschaft festzustellen. Das der Wirkung von Magensaft ausgesetzte Serum veränderte sich wenig in seinen Eigenschaften und konnte trotzdem, per os eingeführt, eine Schutzwirkung nicht entfalten. Offenbar hängt das damit zusammen, dass das Serum aus Magen und Darm nur in minimalen Mengen aufgesogen wird, die entweder zerlegt oder auf anderen Wegen ausgeschieden werden.

D. Schirschow: «Ueber papilloma tubae Fallopii in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung». (Nr. 42—44).

(Fortsetzung folgt).

A. Serdjuckow: «Eine Hauptbedingung für den Uebergang der Speise aus dem Magen in den Darm». (Nr. 43).

Verf. hat unter J. Pawlow's Leitung an Magenfistelhunden, von denen einige ausserdem noch andere Fisteln besassen (Pankreas-, Gallengang-, Duodenumfistel) seine Versuche ausgeführt. Er konnte dabei constatiren, dass in das Duodenum eingeführte Säure (resp. Magensaft) reflectorisch den Pylorus schliesst. Wird dabei viel alkalischer Pankreassaft secernirt und die Säure neutralisirt, so öffnet sich der Pylorus wieder. Den Uebergang des Inhalts aus dem Magen in den Darm bestimmt also nicht nur der Magen, sondern auch das Duodenum, indem die übergetretene Säure die Schleimhaut reizt und den Pylorus reflectorisch schliesst. Dieses geschieht jedenfalls im Interesse der Verdauungsthätigkeit.
Fett wirkt ähnlich wie die Säure.

W. Kaschkadamow: «Die Pest in Indien 1896—1898». (Nr. 43, 44).

(Fortsetzung folgt).



W. Petrow: «Ueber bactericide Eigenschaften des Blutserums gegen Pest immunisirter Kaninchen». (Nr. 44).

(Fortsetzung folgt).

Weyert.

Wratsch Nr. 36--43, 1898.

Prof. J. Orschanski: «Exsudat in den 3. Hirnventrikel. Meningitis ventricularis centralis». (Nr. 36, 37 u. 38.)

Verf. theilt folgende klinische Beobachtung mit: Ein 37-jähriger Mann erkrankte plötzlich an Schwindel, zu dem sich bald Schluchzen und Uebelkeit hinzugesellt haben. Darauf entwickelten sich Diplopie, Harnverhaltung und Paraesthesie der Haut am Halse und an den Geschlechtsorganen. Die Untersuchung ergab starken Schwindel, schwankenden Gang, leichte Parese der rechten Extremitäten, erhöhte Sehnenreflexe und Verminderung der Schmerzempfindung am unteren Drittheile der Beine und an den Sohlen. Ausserdem wurde eine geringe Pupillenerweiterung und verticaler Nystagmus an beiden Augen nachgewiesen. Im Laufe von 1½ Monaten schwanden alle diese Krankheitserscheinungen, ausser der Verminderung der Schmerzempfindlichkeit an den Sohlen, vollkommen. Auf Grund des Krankheitsbildes kommt Verf. per exclusionem zum Schlusse, dass es sich im vorliegenden Falle um ein acutes Exsudat in den 3. Hirnventrikel gehandelt hatte, wahrscheinlich in Folge irgend einer Infection, Influenza oder Endocarditis, auf die der beschleunigte Puls und Erscheinungen seitens des Herzens hinwiesen.

M. Arnstamow: «Zur Frage über die Natur des Fischgiftes». (Nr. 36.)

Verf. giebt 10 Mikrophotogramme der Mikroben, die er bei verschiedenen an Fischgiftvergiftung verstorbenen Personen gefunden hat.

W. Dolganow: «Zur Frage über die Verbreitung und Ursachen der Blindheit in Russland». (Nr. 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42 u. 43.)

Tabellarische Zusammenstellung und Uebersicht des von den fliegenden Colonnen der Blindenfürsorge der Kaiserin Maria gesammelten statistischen Materials.

Prof. S. Lewaschew: «Ueber einige bösartige Neubildungen der Bauchhöhle in klinischer Hinsicht». (Nr. 35 und 36.)

Verf. beschreibt einige Fälle von Carcinom der Bauchhöhle, die intra vitam nicht diagnosticirt werden konnten. Die Beobachtung derselben führt ihn zu folgendem Schlusse: «Wenn im hohen Alter in irgend einer Gegend der Bauchhöhle hartnäckige Schmerzen auftreten, die ihrem Orte und Charakter nach äusserst unbestimmt sind und deshalb nicht diagnosticirt werden können, so muss dies den Verdacht auf ein in der Tiefe der Bauchhöhle sich entwickelndes Carcinom erwecken».

B. Libow: «Zur Lehre von den angeborenen Missbildungen und Verengerungen des Darmcanals». (Nr. 37 u. 38).

Verf. beschreibt 2 Fälle von Darmverengerung bei Neugeborenen, die 1 resp. 2 Wochen nach der Geburt daran gestorben sind. Bei dem einem ergab die Section: Duodenum und oberer Theil des Dünndarms normal entwickelt. Unterer Theil des Dünndarms stark erweitert und endigt mit einem blinden Sacke, auf den ein undurchgängiger Theil des Dünndarms folgt von 10 Cm. Länge und 1 Cm. Dicke. Zwischen diesem und dem erweiterten Theile des Dünndarms besteht keine Communication. Letzterer enthält Gase und Meconium, der undurchgängige Theil hat ein Lumen und enthält etwas Schleim. Blinddarm zusammengefallen und undurchgängig. Processus vermiformis deutlich zu sehen, Dickdarm und Rectum zusammengefallen und contrahirt in Form eines Wulstes von 1,5 Cm. Dicke und 20 Cm. Länge; auf dem Durchschnitt zeigen sie ein Lumen ohne Inhalt. Im zweiten Falle bestand der untere Theil des Dünndarms aus 3 undurchgängigen Abschnitten, von 2, 10 und 6 Cm. Länge und der Dicke einer Bleifeder, die weder mit einander, noch mit dem erweiterten oberen Theile des Dünndarms communicirten. Blinddarm undurchgängig; Processus vermiformis deutlich zu sehen. Anstatt des Dickdarms und Rectums bestand ein 16 Cm. langer Faden von der Dicke einer gewöhnlichen Stricknadel, ohne Lumen. Auf Grund der embryologischen Entwickelung der Frucht glaubt Verf., dass die beschriebenen Missbildungen sich im 3. Monate des intrauterinen Lebens entwickelt haben, da von einer Bauchfellentzündung, die von einigen Autoren als wichtigstes aetiologisches Moment derselben betrachtet werden, keine Spuren nachzuweisen waren.

M. Resnikow: «Ein neuer perimetrischer Indicator zur Untersuchung des Gesichtsfeldes». (Nr. 37.)

Die Construction desselben muss im Original nachgelesen werden.

M. Stschegolow: «Ein Fall von Verkürzung des Ligamentum hepato-duodenale. Gastroenterostomia. Heilung». (Nr. 37.)

Der Fall betraf einen Gutsverwalter, der den grössten Theil seines Lebens reitend zu Pferde verbrachte, von dem er häufig herunterfiel. 9 Jahre hindurch litt er an heftigen Schmerzen in der Pylorusgegend, die 2—5 Stunden nach der Nahrungsaufnahme sich besonders steigerten. Die Untersuchung des Magensaftes ergab vollkommenes Fehlen von Salzsäure und die Gegenwart von Milchsäure, die Resorptionsfähigkeit des Magens war normal, seine motorische Kraft herabgesetzt. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich, dass der Pylorustheil des Magens zusammen mit dem oberen grossen Theile des Duodenums nach oben zur Vena portae emporgehoben waren, der absteigende Schenkel des Duodenums war durch das steile Absteigen nach unten an einer Umbiegungsstelle stark verengt. Der Magen selbst erweitert. Das Ligamentum hepato-duodenale stark verkürzt und hart. Verwachsungen waren nicht vorhanden. Es wurde die Gastroenterostomia post colica gemacht, worauf die Schmerzen vollkommen verschwunden sind. Das Gewicht des Pat. hat zugenommen. Verf. glaubt, dass die Ursache des Leidens des Pat. in ständigem Reiten desselben bei vollem Magen gleich nach der Nahrungsaufnahme zu suchen ist. Die Erschütterungen beim Reiten verursachten eine Dehnung des Ligamentum hepato-duodenale mit darauffolgender chronischer Verhärtung desselben.

K. Morkotun: «Ueber die functionelle Hypertrophie der Arterien». (Nr. 38 u. 39.)

Verf. untersuchte bei 40 Personen von verschiedener Beschäftigung die Arteria radialis und temporalis und kam dabei zu folgenden Resultaten:

1) Unter dem Einfluss physischer Arbeit hypertrophiren nicht nur die Muskeln, sondern auch die sie ernährenden Gefässe, welche sich dabei sowohl im Querschnitte, als der Länge nach vergrössern, d. h. sie erweitern und schlängeln sich.

2) Es ist sehr wahrscheinlich, dass die functionelle Hypertrophie der Arterien auch in allen übrigen Organen, bei übermässiger Thätigkeit derselben, stattfindet.

3) Die functionelle Hypertrophie der Arterien ist gewissermassen eine physiologische Erscheinung, die die Arbeit des Organs erleichtert. Wenn aber die übermässige Arbeit lange andauert, so können die Arterien insufficient werden, und es entstehen Aneurysmen derselben. Es scheint auch, dass stark hypertrophirte Arterien zur Sclerose besonders disponirt sind, obwohl letztere eine ganz andere Aetiologie zu haben scheint, da sie sich nicht selten auch in Gefässen entwickelt, die keine functionelle Hypertrophie zeigen.

Prof. I. Selenew: «Ueber den aetiologischen Zusammenhang zwischen Pemphigus, Psoriasis und Prurigo». (Nr. 39.)

Verf. beobachtete 3 mit einander verwandte Patienten, von denen die eine an Psoriasis und Pemphigus vulgaris, der andere, ein Bruder der ersten, an Psoriasis, und der dritte, ein Sohn des zweiten, an Prurigo litten. Solche Fälle sprechen, nach Meinung des Verf. für die aetiologische Identität dieser Hautkrankheiten und die neurovasculäre Entstehungsursache derselben.

S. Chalafow: «Stickstoffoxydul bei der Geburt». (Nr. 39.)

Verf. empfiehlt den Lustgas als vortreffliches, sicheres, schmerzlinderndes Mittel, das eine grosse Verbreitung verdient. Er wandte denselben bei 18 Geburten an. Der Lustgas befand sich mit Sauerstoff (20 pCt.) gemischt in Stahl-

flaschen unter einem Drucke von 5 Atmosphären. 2—3 tiefe Einathmungen von dieser Mischung unmittelbar vor jeder schmerzhaften Wehe rufen eine vollständige Analgesie hervor. Die Gebärende fühlt deshalb nur eine Zusammenziehung im Leibe, aber keinen Schmerz und wird deshalb ruhiger. Die Geburt verläuft dabei rascher und leichter als ohne Lustgas.

E. Kotljar: «Zur Pharmakologie der Methylgruppe (Aethyltheobromin)». (Nr. 40, 41 u. 42.)

Das eingehende Studium der bis jetzt vorliegenden Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung der die Methyl- oder Aethylgruppe enthaltenden Substanzen führt den Verf. zum Schluss, dass die Methylgruppe auf das Centralnervensystem excitirend, die Aethylgruppe auf dasselbe deprimirend wirkt. Zum Beweis stellte Verf. Versuche an Fröschen und einem Hunde mit Aethyltheobromin an, das sich vom Coffein nur dadurch unterscheidet, dass die Methylgruppe CH_3 des Coffeins in ihm durch die Aethylgruppe C_2H_5 ersetzt ist. Der Unterschied in der Wirkung dieser beiden Präparate auf das Centralnervensystem ist ein sehr grosser: während das Coffein auf dasselbe excitirend wirkt, hat das Aethyltheobromin, neben allen anderen Eigenschaften des Coffeins, eine deprimirende Wirkung und kann als ein hypnotisches Coffein betrachtet werden. Als solches wird es wahrscheinlich auch in der Pharmakologie Anwendung finden.

L. Krewer: «Ein Fall von atrophischer Arsenlähmung». (Nr. 40.)

Ein 21jähriges Mädchen nahm in betrunkenem Zustande ein arsenhaltiges grünes Pulver ein, das zur Vertilgung der Tarakanen benutzt wird. Kurze Zeit darauf wurde es ins Krankenhaus gebracht. Pat. erbrach fortwährend und war fast pulslos. Nach Kampherinjectionen und Ausspülungen des Magens gingen die Vergiftungserscheinungen vorüber und Pat. erholte sich allmählich. 2 Wochen nach der Vergiftung entwickelten sich bei ihr aber Paraesthesien in den unteren Extremitäten, allgemeine motorische Schwäche und Verlust aller Sensibilitätsarten an den Beinen, von den Knien bis zu den Fusssohlen. Patellarreflexe konnten nicht ausgelöst werden. Schon am nächsten Tage veränderte sich das Krankheitsbild: die Sensibilität an den Beinen trat wieder ein, Pat. klagte jetzt über Parästhesien und Hyperästhesien in den Beinen und starke Empfindlichkeit längs dem Verlaufe der Nerven derselben. Unter dem Einflusse des innerlichen Jodkaligebrauchs, subcutanen Strychnininjectionen, Massage- und Wannenbehandlung haben sich diese Krankheitserscheinungen derart gebessert, dass Pat. nach etwas mehr als 2 Wochen das Krankenhaus verliess, kam aber nach 15 Tagen wieder zurück in einem stark verschlimmerten Zustande. Es bestand eine hochgradige atrophische Paralyse der Extremitätenmuskulatur, besonders der Extensoren, und theilweise auch der Rumpfmuskulatur, eine starke hyperästhesie der Haut und Muskulatur und Empfindlichkeit längs dem Verlaufe der Nerven. Die Patellarreflexe fehlten. Unter dem Einfluss derselben Therapie trat auch diesmal eine erhebliche Besserung des Zustandes ein.

E. Braunstein: «Protargol bei der Behandlung der Augenkrankheiten». (Nr. 42).

Acute Conjunctivitiden heilen nach einigen Bepinselungen mit 10 pCt. Protargollösung in 2—3 Tagen. Bei Phlyctänen wirkt es besser und rascher, als die gelbe Präcipitatsalbe und Calomel. Bei chronischer Conjunctivitis, besonders bei nervösen Personen, geben 2 pCt. Protargollösungen erhebliche Besserungen, aber keine definitive Heilung. Beim Trachom ohne Entzündungserscheinungen hat das Protargol keinen Erfolg, beim Trachom dagegen, der mit Entzündungserscheinungen, starker Secretion, Infiltration und pannöser Entzündung der Hornhaut einhergeht, giebt es viel bessere Resultate als das Argentrum nitricum. Bei eitriger Hornhautentzündung und inficirten Hornhautwunden ist die Wirkung des Protargols eine vorzügliche. Bei gonnorrhoischer Conjunctivitis und Dacryocystitis endlich übertrifft das Protargol die strengsten Forderungen, die an ein Mittel überhaupt gestellt werden können und kann dabei als ein echtes Specificum betrachtet werden. Sein Vorzug besteht ausserdem noch darin, dass es absolut keine Schmerzen verursacht.

S. Kraschewski: «Die Arbeit beim Radfahren. Ihre Bedingungen. Vergleich mit der Arbeit des Fussgängers». (Nr. 42).

W. Grusdew: «Zur Frage über die Differentialdiagnose der gutartigen Neubildungen der Ovarien von den bösartigen». (Nr. 43).

Verf. beschreibt folgenden Fall: Ein 42-jährige Jungfrau bemerkte eine Vergrösserung ihres Bauchumfanges, d. i. erst vor 2 Wochen begonnen hat, klagte über starke Athemnoth und allgemeine Schwäche. Bei der Untersuchung wurde ein systolisches Geräusch an der Herzspitze constatirt. In der Bauchhöhle wurde Ascites und eine Neubildung nachgewiesen, welch' letztere nach der Punction des Abdomens als cystosarcoma ovarii dextri diagnosticirt wurde. Diese Diagnose wurde auf Grund des raschen Wachstums der Geschwulst und daraufhin gestellt, dass in der letzteren harte Partien durchzufühlen waren. Bei der Operation zeigte sich jedoch, dass die Geschwulst ein gewöhnliches, gutartiges cystoma proliferum glandulare war.

W. Borowski: «Syphilitische Reinfection». (Nr. 43).

Verf. berichtet über einen Officier, den er seit seiner ersten syphilitischen Infection mit charakteristischem Verlauf beobachtet hatte. Die Recidive derselben liessen jedesmal bei specifischer antiluetischer Behandlung bald nach. 7 Jahre nach der ersten Infection bakam der Officier eine frische Induration an der Vorhautschleimhaut mit Verhärtung der Lymphdrüsen, Roseola am ganzen Körper und linsenartigen Papeln. Nach Quecksilber- und Jodbehandlung hatte Pat. nur ein Recidiv, das sich durch die specifische Behandlung ebensogut beeinflussen liess.

A. Zechanowitsch: «Ein Fall syphilitischer Reinfection neben den Erscheinungen früherer Syphilis». (Nr. 43).

Verf. beobachtete einen 24-jährigen Soldaten mit einem Ulcus durum und darauffolgenden Erscheinungen der Allgemeininfection (Roseola, Lymphdrüsenschwellung und Papeln), bei dem gleichzeitig Erscheinungen einer früheren syphilitischen Infection (Gumma am Unterschenkel und Periostitis der Tibia) bestanden, die aber weder durch Quecksilber, noch durch Jod behandelt wurde.

W. Juwatschew: «Behandlung der gonorrhoischen Entzündungen der Harnröhre mit Ausspülungen durch einen rückläufigen Katheter». (Nr. 43).

(Vorläufige Mittheilung).

Verf. bedient sich dabei eines von ihm construirten Katheters, der an der Aussenfläche mit 4 Rinnen versehen ist. Am proximalen Ende jeder Rinne befindet sich ein Fensterchen zum Abfluss der Flüssigkeit. Der Katheter wird dem liegenden Pat. bis zum Harnblasenhalse eingeführt; die desinficirende Flüssigkeit (eine Kalihypermanganicumlösung 1:4000) gelangt in dem Katheter aus einem 1/2—1 Arschin hoch über der Lage des Pat. stehenden Gefässe und fliesst darauf durch die kleinen Fensterchen und Rinnen des Katheters zurück, wobei es die ganze Schleimhaut der Harnröhre bespült. Diese Behandlung wurde vom Verf. bei 20 Patienten (8 acute und 12 chronische) durchgeführt, der dabei zu folgenden Resultaten gekommen ist:

1) Durch Ausspülungen kann sowohl die acute, wie chronische Gonorrhoe behandelt werden.

2) Die Behandlung der acuten Gonorrhoe kann vom ersten Tage der Erkrankung begonnen werden.

3) Zur vollständigen Ausheilung genügen 10—15 Injectionen, die 1 Mal täglich ausgeführt werden.

4) Die Ausspülungen verursachen keine Reizung der Harnröhre.

5) Infolge des geringen Druckes der Ausspülungsflüssigkeit gelangt dieselbe in die Harnblase.

6) Bei diesen Ausspülungen kommt keine der gewöhnlichen Complicationen der Gonorrhoe vor.

7) Die Harnblase muss vor der Ausspülung entleert werden.

D. Joffe: «Zur Frage der Anwendung der 2 pCt. Sodalösung bei Eiterungen». (Nr. 43).

Compressen aus 2 pCt. Sodalösung bei Phlegmonen wurden zuerst von Georgijewski vorgeschlagen (Vid. diese Beilage 1897, pag. 20). Mit denselben erhielt auch Verf. in mehreren Fällen sehr günstige Resultate.

J. Finkelstein: «Die Phlegmonen in der Bucharei». (Nr. 43).

Sacher.

Довв. цена. Спб. 16 Декабря 1898 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08454 1591



